# فاعلية العلاج المعرفى السلوكي

## فى معالجة بعض اضطرابات القلق


دكتور

حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي





تليفاكس : ٥٤٠٤٤٨٠ - الإسكندرية

# فاعلية العلاج المعرفي السلوكي

## في معالجة بعض اضطرابات القلق

دكتـــور

حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي

الطبعة الأولى

2013م

الناشـــر

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس: 5404480 - الإسكندرية

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ لا يُكَلِّفُ اللَّهُ نفْسًا إلاَّ وسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لا تُؤَاخِذْنَا إن نَسِينَا أوْ أخْطَأْنَا رَبَّنَا ولا تحْمِلْ عَلَيْنَا إصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذينَ مِن قَبْلِنَا رَبَّنَا ولا تُحَمِّلْنَا مَا لا طَاقَةَ لَنَا بِهِ واعْفُ عَنَّا واغْفِرْ لَنَا وارْحَمْنَا أنتَ مَوْلانَا فَانصُرْنَا عَلَى القَوْمِ الكَافِرِينَ ﴾

سورة البقرة : الآية (286)



# شكـــر وتقديـــر

الحمد الله حمد الشاكرين حمداً وشكراً يليق بعظـــيم ســـلطانه، الحمد لله الذي نزل القران شفاءً ورحمة للعالمين وجعل لنـــا الـــسمع والأبصار والأفئدة, وخصنا بالعقل حتى نستطيع أن نفكـــر ونتـــدبر الأمور, ومع ذلك فقد ظل اطمئنان القلوب رهن بذكره سبحانه وتعالى قال تعالى: **﴿أَلاَ بِذِكْرِ اللّهِ تَطْمَئِنُ الْقُلُوبُ﴾.**

والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والسلام، الذي أرسله الله إلـــى النـــاس أجمعـــين مبشراً ونذيراً. ثم أما بعد...

فالرسول عليه أفضل الصلاة والسلام يقول "مـــن لا يـــشكر الناس لا يشكر الله". فالحمد لله الذي وفقني لانجاز هذا البحث العلمي, والحمد لله الذي سخر لي من عاونني في إتمام هذا البحـــث وأخـــص بالشكر والثناء والتقدير كلاً من:-

**الأستاذ الدكتور/ عبد العزيز السيد الشخص** أستاذ الـــصحة النفسية, ووكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئـــة، ومـــدير مركز الإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة عين شمس، الذي ســـعدت به مشرفاً وشرفت به أستاذاً والذي غمرني برعايته وعلمـــه الغزيـــر ومنحني وقته وجهده رغم مشاغله الكثيرة, فكان لإشرافه وتوجيهاتـــه العلمية الدقيقة المتميزة عظيم الأثر في إتمام هذه الرسالة منذ بـــدايتها وحتى نهايتها, فله مني تحية وعرفان وامتنان، وجزاه الله عني خيـــر الجزاء.

وأتوجه بالشكر أيضا والامتنان إلى أستاذي الفاضل **الدكتور/حسام الدين محمود عزب** أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس, لتفضله بالإشراف على هذه الرسالة, والذي غمرني بإنسانيته وأخلاقه الكريمة وعلمه الوفير, وإرشاداته وتوجيهاته القيمة في إثراء هذه الرسالة, أسال الله أن يجزيه عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لأستاذي الفاضل **الدكتور/ محمد جعفر جمل الليل** أستاذ علم النفس بجامعة أم القرى لقبوله الإشراف على هذه الرسالة, لما بذله معي من جهد في الإشراف على هذه الدراسة, وخاصة الجانب الميداني فيها, وما قدمه لي من نصح وتوجيه, فجزاه الله عني خير الجزاء.

وإنه لشرف عظيم يعجز عن وصفه اللسان أن يتفضل بقبول مناقشة هذه الدراسة رغم مشاغله الكثيرة, عَلَمٌ وعالِمٌ جليلٌ وأستاذٌ فاضلٌ **الأستاذ الدكتور/** محمد عبد الظاهر الطيب, أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة طنطا, فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى **الأستاذ الدكتور/ محمد إبراهيم عيد** أستاذ الصحة النفسية ورئيس قسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس, الذي تفضل بقبول مناقشة هذه الدراسة, رغم مشاغله الكثيرة, فجزاه الله عني خير الجزاء.

وأتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أسرة الصحة النفسية جميعاً, على توجيههم ومساعدتهم المستمرة للباحث, فجزاهم الله عني خير الجزاء.

والشكر موصول لأعضاء السلك الدبلوماسي بسفارة المملكة العربية السعودية بالقاهرة على تعاونهم مع الباحث أثناء إعداد هذه الدراسة.

والشكر كل الشكر إلى أسرتي الكبيرة والدتي حفظها الله وأمد في عمرها, وأخواني وأخواتي الذين تحملوا فراقي عنهم طيلة إعداد هذه الدراسة, فجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أسرتي الصغيرة زوجتي التي صبرت وتحملت وضحت معي الكثير, وإلى أولادي على انتظارهم ومعاناتهم فترة انشغالي عنهم خلال فترة إعداد هذه الدراسة وغيابي عنهم, فجزاهم الله عني خير الجزاء.

والحب كل الحب لوطني الأول المملكة العربية السعودية, الذي بفضلها وصلت إلى هذا المكان, ولوطني الثاني مصر الكنانة, الذي شرفت بالتلمذة على أيدي أفضل علمائها.الي من أسدى لي معروفا فأرشدني الي مصدر أو أعارني كتابا ا واسهم بأي عون مادي أو معنوي أو قدم لي مشورة علمية ساعدتني في دراستي هذه

كما أتوجه بخالص بالشكر والامتنان للقائمين على المستشفيات والعيادات النفسية بالمنطقة الغربية الذين هيئوا لي كافة الإمكانات، ولا يفوتني أن أقدم شكري لأفراد عينة الدراسة أسال الله لهم الشفاء العاجل.

كما أتقدم بخالص الشكر والامتنان للحضور الكريم على مساندتهم لي في هذه اللحظة, أمام هذه الكوكبة من جهابذة التربية.

وفي ختام هذا التقديم أقول : رحم الله العماد الأصفهاني حيث قال:

إني رأيتِ أنه لا يكتبُ إنسانٌ كتاباً في يومهِ إلاّ قال في غدهِ: لو غيّر هذا لكانَ أحسنَ, ولو زيدَ لكانَ يُستحسَن, ولو قُدِّمَ هذا لكانَ أفضل, ولو تُرِكَ هذا لكانَ أجملَ, وهذا من أعظمِ العبرِ, وهو دليلٌ على استيلاءِ النقصِ على جملةِ البشرِ.

وما من شك أن المناقشات والآراء التي ستقدمها لجنة المناقشة والحكم سوف تثري وتكمل ما بهذا العمل العلمي المتواضع من نقص.

وبعد فقد اجتهدت قدر استطاعتي وأحس أنني الآن بدأت أولى خطواتي على طريق البحث العلمي, وما من مرة أقرأ دراستي هذه إلاّ وأجد فيها ما يستحق التعديل فوقفت عند هذا الحد, وإن لم أبلغ المراد فيكفيني شرف المحاولة.

**وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.**

# الفصل الأول

# مدخل إلى الدراسة

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- هدف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

# الفصل الأول
## مدخل إلى الدراسة

**مقــدمـــة:**

يبدو أن الاضطرابات النفسية ليست وليدة العصر الحديث بمدنيتـــه المعقدة، وإنما توجد أدلة كثيرة تعكس معاناة الناس من تلك الاضـــطرابات منذ العصور الأولى للتاريخ غير أن النظرة إلى الاضـــطرابات النفـسية وأسبابها وطرق علاجها كانت تختلف عما هي عليه الآن. "فقد كان تفسير حدوث هذه الاضطرابات يقوم علي أساس وجود أرواح شــريرة تــدخل الجسم وتسبب اضطراب وظائفه النفــسية والعقليــة، وكــان المرضـــى المضطربون يودعون السجون، ويتعرضون للاضطهاد والتعذيب ،وأحياناً يعالجون علي أيدي رجال الدين بالصلوات والأدعية والأمور الــسحرية" (حسين فايد 2000 ). وقد رأى جالينوس قبل حوالي الألفـــي عــام بـــأن الاضطرابات النفسية الناتجة عن عوامل عاطفية "نفسية" تزيد عن نــصف الحالات المرضية كلها، وفي عصرنا الحالي تشير الإحصائيات إلـــى أن نسبة كبيرة من أفراد المجتمع تعاني من الاضطرابات النفسية، وهى فـــي تزايد مستمر في جميع المجتمعات وخاصة المجتمعات المتقدمة، فالإنسان يواجه أنماطاً من الحياة والتعامل مع الوسط المحيط ما لــم يعرفــه فـــي الماضي، ولم تتوفر لديه الخبرة علي مواجهتها والتوصل إلى التوافق مـــع مقتضياتها بدون اضطراب أو معاناة نفسية . (علي كمال 1994) ومما لا شك فيه أن اضطرابات القلق أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة، ذ أن

مدى انتشارها يفوق انتشار الأمراض العقلية والعضوية . (أحمد عكاشـــة 1998)

ولقد زاد الاهتمام باضطرابات القلق بشكل كبير في الـسنوات القليلـة الماضية، مع ملاحظة أن اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية السائدة، حيث أن هذه الاضطرابات تسبب خللاً كبيراً لدى الفرد المصاب بهذا الاضطراب، كما أنها تسبب له شعور بالضيق والكدر، فمشكلة القلق تمتد إلى أبعد من مجرد تشخيص اضطرابات القلق

(Freeman, et al. 1993)

ويذكر فريمان وآخرون (Freeman, et al. 1993) أن القلــق يعتبــر جزءاً من الحياة اليومية ويمكن أن يكون فعالاً في كثير مــن المواقــف، ويعتبر القلق بصفة عامة رد فعل طبيعي لو أثير بخطر موجود ويـسمى هذا القلق بالقلق الموضوعي، أما إذا كان الخطر غير موجود، وإنما هــو خوف من المستقبل فهذا القلق غير طبيعي.

والقلق – من إحدى الزوايا – انفعال إنساني يتميز بالحدة الـشديدة، وبرغم ما هناك من زخم في الدراسات ووفرة فيها، فلم تختلف البحــوث بشأن أي انفعال كما اختلفت بشأن القلق، فقد تعددت الآراء بصدده وتباينت وجهات النظر حوله، فالبعض يرى أن القلق انفعال من قبيــل الوبــال، إذ ينذر بسوء المنقلب والمآل، فهو أساس المرض النفسي وجوهره، يصاحبه فضلاً عن ذلك كل الأمراض الجسمية والأسقام والعلل. (أحمد محمد عبــد الخالق2000)

بينما يشير عبد الستار إبراهيم (1998) إلى أن القلق هــو انفعــال شديد بمواقف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعــال. وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخــوف، ويحــول حيــاة

صاحبه إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البنّاء، ويشمل الاضطرابات في حالات القلق –مثله مثل أي اضطراب انفعاليَ آخر– الكائن بجوانبه الوجدانية والسلوكية، والتفكير فضلاً عن التفاعلات الاجتماعية. فمن حيث النواحي الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق مشاعر بالخوف والاكتئاب، والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة، والشخص في حالات القلق غالبًا ما تظهر اضطراباته الفكرية في شكل تبنّي اتجاهات وأفكار لا منطقية. وقد تبين أن الأشخاص القلقين والعصابيين غالبًا ما يتبنون أفكارًا مطلقة ومتطرفة وغير واقعية، ويميلون إلى نقد الذات الشديد، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه. أما الجانب السلوكي من القلق فيتعلق بالتورط والانغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر. ففي الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغيرات فسيولوجية، كسرعة دقات القلب، والتشنج ... إلخ، ويعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية..

ومن الباحثين من يرى أن القلق هو الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو المحرك لطاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقة، وسامي فكره، وراقي إبداعاته، ومن ثم فإن القلق من وجهة نظرهم مرغوب فيه. ويستدلون علي قولهم هذا بالعديد من الأمثلة لعباقرة عانوا من القلق . (أحمد محمد عبد الخالق2000)

ويمكن القول بأن درجة بسيطة من القلق قد تكون صحية وإيجابية عند كثير من الأشخاص، حيث تعمل على تحفيز الفرد وتنشيطه نحو الأداء الجيد، والعمل على درء الأخطار المحتملة التي يتعرض لها الفرد في حياته. فبعض الأشخاص يكون أدائهم جيد عندما تكون درجة القلق

مرتفعة، وهذا الارتفاع يحفز الفرد لبذل المزيد من الجهد، ولكن عندما يكون القلق مرتفع بشكل كبير فإنه في هذه الحالة يضعف الفرد ويسبب له الإزعاج النفسي والجسدي وبالتالي يصبح القلق مشكلة تعيق الفرد في تحقيق أهدافه.(Freeman, et al. 1993: 12) هذا ويستخدم "فولبة Wolpe مصطلح القلق الشامل Pervasive Anxiety بديلاً عن مصطلح القلق العصابي، ويرى أنه الأفضل من مسمى القلق العصابى، ولكن حسام الدين عزب (1981)، يرى "إن المشكلة الحقيقية ليست في مجرد تسمية القلق عند فولبة، بل أن المشكلة الحقيقية تكمن في أن فولبة لا يقتصر على المرادفة بين القلق والخوف، بل يرادف أيضًا بين الخوف بالمعني التشريطي، والفوبيا، متجاهلاً بذلك الفروق الدقيقة بين القلق Anxiety وبين الخوف Fear من ناحية, وبين الخوف Fear والفوبيا Phobia من ناحية أخرى تلك التفرقة التي حرص عليها السلوكيون التقليديون من أمثال دولارد، وميللر.." (حسام الدين عزب، 1981)

ويذكر "ليف" Life أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح استجابة القلق Anxiety Response ليحل هذا المصطلح محل حالة القلق . ولكن مصطلح عصاب القلق لا يزال يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي وعلم النفس في أوروبا، ويستخدم الآن بدلاً من كل ذلك مصطلح اضطرابات القلق Anxiety Disorders، وذلك كما جاء في الطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي . (أحمد محمد عبد الخالق 2000)

أما الرهاب الاجتماعي Social phobia (اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder) فهو يعد شكلاً من أشكال اضطرابات القلق، وتعرفه رابطة الطب النفسي بوجه عام علي إنه خوف

دائم غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لموضوعات معينة أو مواقف مخيفة . ويكون القلق الاجتماعي محدداً مثل: عدم التحدث أمام الجمهور، والخوف من نقد الآخرين، ويشترط في القلق الاجتماعي أن لا يكون سببه اضطراب آخر (American Psychiatric Association ; 2000)

ويحدث القلق الاجتماعي عندما تظهر عدد من المخاوف لمجموعة مختلفة من مواقف التفاعل الاجتماعي. وتعد درجة من القلق الاجتماعي سوية وعادية في المواقف التي تتضمن متطلبات جديدة ويقصد بالقلق الاجتماعي هنا الخوف غير المقبول في المواقف التي يفترض أن يتعامل أو يتفاعل فيها الفرد مع الآخرين .(سامر رضوان2001)

ويذكر هيمبرج (Heimberg, R.G: 1987) أن الرهاب الاجتماعي يتميز بالقلق الذي ليس له ما يبرره في المواقف الاجتماعية وقد تتنوع هذه المواقف التي يحدث فيها الرهاب الاجتماعي مثل التحدث أمام الآخرين أو الأكل والكتابة أمامهم. ومن هذه الأنواع يكون الحديث أمام الآخرين أكثرها شيوعاً، وتزداد درجة القلق في المواقف التي تتخذ صفة الرسمية، أو المواقف التي يشعر فيها الفرد أنه محل نقد وتقييم الآخرين.

ومما يبرز أهمية دراسة اضطرابات القلق هو انتشار هذه الاضطرابات بنسبة كبيرة، فالقلق والخوف يكاد يكون الصفة الغالبة على الأفراد سواءً في الشرق أو الغرب، وتؤيد ذلك الإحصائيات والتقارير التي ناقشتها مؤتمرات الصحة النفسية في السنوات الأخيرة، حيث يشير (أحمد عكاشة:1998) إلى أنه في إحدى الإحصائيات التي قام بها أساتذة كلية الطب، وُجد أن نسبة المرضى العصابيين بنوعياتهم المختلفة ومن بينهم مرضى القلق الذين يترددون عليهم حسب تخصصاتهم كانت على النحو التالي :

ما بين 40-60% يترددون علي أطباء مرضى القلب، وما بين 30 - 40 % يترددون علي أطباء الصدر، وما بين 50 - 60 % يتـــرددون علي أطباء الجهاز الهضمي، و70% يترددون علي أطباء الأعصاب، وأن 80% من المضطربين نفسيًا يتجهون إلى العلاج الشعبي قبـــل مراجعـــة الطبيب النفسي، كما توجد دراسة أخرى قام بهـــا أحمـــد عكاشـــة أيـــضًا (1998:)

اتضح فيها أن حوالي 20% من المـــراجعين للعيـــادات النفـــسية بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق، وهو أعلى نسبة بالمقارنـــة مع الأمراض النفسية الأخرى . أما في المجتمع السعودي فقـــد أشـــارت وزارة الصحة في أحد تقاريرها إلى أن القلـــق النفـــسي باعتبـــاره أحـــد الاستجابات الخاصة بالأمراض النفسية من أكثر الاستجابات شيوعًا حيث بلغت نسبته 14.81%، أما الرهاب الاجتماعي فيشير رخمان Rachman, S 1998 إلى أن نسبة انتشاره تزيد على أكثر من 10% من عدد السكان وأن أكثر من 20% من عد السكان قد يشعرون أو يعانون من مخـــاوف غير مبرره من المواقف الاجتماعية، ويشير أيضاً إلى أن بدايـــة ظهـــور الرهاب الاجتماعي تكون في مرحلة المراهقة المتأخرة مـــا بـــين 15 - 25سنة، فقد أوضـــحت الدراســـات المـــسحية التـــي قـــام بهـــا ويلـــر وآخرون Weiller, et al أن نسبة الرهاب الاجتماعي شائعة بين أفـــراد المجتمع ويمكن ملاحظته، كما أن الأشخاص الذين يعانون مـــن الرهـــاب الاجتماعي قد يتعرضون لمخاطر الإصابة بالاكتئاب أو إدمان الكحول.

(Rachman, S, 1998: 139)

ومن المعلوم أن اضطرابات القلق لها أعراضها المختلفة وأسبابها المتنوعة، لذلك فقد اختلف العلماء في مجال علم النفس حول تفسيرهم لها، وذلك حسب اختلاف نظرياتهم التي يستندون إليها ، وأساليبهم في التشخيص والعلاج، ولكل اتجاه تفسيره ومنهجه ووسائله الخاصة ، ما أن لكل اتجاه مشكلاته الخاصة، ومن الأساليب العلاجية التي تناولت اضطرابات القلق كموضوع لها: العلاج النفسي التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج المتمركز حول العميل ، العلاج المعرفي، والعلاجات الدوائية، وغيرها .

ويعد العلاج المعرفي السلوكي **Cognitive Behavior Therapy** علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير، وترجع نشأة هذا الأسلوب العلاجي إلى بداية الستينات على يد العالم أرون بيك Beck, A في علاج مرضى الاكتئاب، وفي وقت لاحق استخدم بيك وزملاؤه هذا الأسلوب العلاجي مع مرضى اضطراب القلق ومرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد أثبت هذا الأسلوب العلاجي على مدار العقدين الماضيين فاعليته مع جميع اضطرابات القلق، بل تعدى الأمر ذلك، واستخدم في علاج بعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى. (Christine, E. et . al, 1999 )

ويعد العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy أحد الأساليب الحديثة في علاج اضطرابات القلق ضمن غيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى. وترجع نشأة هذا العلاج إلى آرون بيك Beck, A في الستينات (1960) ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تغيير نماذج الصور الذهنية والمعتقدات وأساليب التفكير، بحيث يساعد المريض في التغلب على المشاكل الانفعالية والسلوكية، ونظرًا لأن الاضطراب

النفسي والعلاج النفسي يهتمان بأفكار المريض ومعارفه، فقد أطلق بيك Beck في البداية على هذا الأسلوب من العلاج " العلاج المعرفي Cognitive Therapy. ( مصطفى الشرقاوي،2000)

ويرى جلاس وشيا (1986) Glass & Shea أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية، وانفعالية لدى المريض. (Glass, Shea, 1986 )

كما أن هذا الأسلوب العلاجي يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي مع من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه، وهكذا فإن الأسلوب المعرفي السلوكي يشتمل على علاقة المعرفة والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد وبأداء الفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، فالعلاج المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضييق الفجوة بين العلاج السلوكي الصرف وبين العلاجات الديناميكية Dynamic معتمدًا في ذلك على فنيات مبنية على أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم.كما طوّر بيك Beck هذه النظرية

من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاجات النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية، أخذ بعين الاعتبار الاستفادة من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلَّمات التي بني عليها نظريته. (ناصر المحارب، 2000)

فالعلاج المعرفي يعتمد على معطيات الثقافة السائدة في تصحيح المواقف الذهنية والأفكار الخاطئة. ويذكر -أيضاً- علي كمال (1994 ) أن أهمية هذا الأسلوب العلاجي تتضح في أنه مفيد لمعالجة بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية التي استعصت حتى الآن علي أية طريقة علاجية أخرى نفسية أو مادية أو دوائية مثل حالات القلق، والرهاب الاجتماعي، والفكر التسلطي، والإدمان .

فالنجاح الذي حققه العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى الاكتئاب وخفضه مخاطر التعرض للانتكاسة، شجع الباحثين على استخدامه لعلاج اضطرابات نفسية أخرى غير الاكتئاب وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفي السلوكي يعد الأكثر فاعلية قياسًا بالعلاجات النفسية الأخرى وذلك في مختلف الاضطرابات، فقد تناولت تلك الاضطرابات بالبحث والدراسة، وهناك العديد من الدراسات التي أجريت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي وأثبت فاعليته في علاجها مثل: الاكتئاب, والقلق, واضطرابات الهلع, والوسواس القهري, واضطرابات الأكل، وسوء استعمال العقاقير, واضطرابات الشخصية, والفصام.

**مشكلة الدراسة:**

من الملاحظ في عصرنا الحاضر أن القلق يعتبر من المشكلات النفسية الشائعة التي يعاني منها البشر وذلك إلى الحد الذي جعل بعض

الباحثين يطلقون على عصرنا الراهن عصر القلق، كما يعتبر من الاضطرابات النفسية التي تصيبهم في المراحل العمرية المختلفة، سواء كانوا داخل مؤسسات التعليم أم كانوا خارجها في ميدان الحياة الواسع . والظاهر في هذه المشكلات والاضطرابات أنها لا ترجع إلى نوع واحد، وأنها لا تقف عند حدود ضيقة من التعقيد والخطر. والظاهر كذلك أنها تتفاوت في الآثار التي تخلفها في حياة الأفراد الشخصية، وحياة أسرهم ومجتمعهم، ومن الطبيعي في مثل هذه الحالات، أن يواكب تلك الزيادة في المشكلات المحيطة بالإنسان، والاضطرابات النفسية التي تصيبه، اتساع بالاهتمام بها. ويظهر ذلك بشكل خاص لدى الباحثين المعنيين بالإنسان وحياته النفسية والاجتماعية. (نعيم الرفاعي 2001)

فالمرض النفسي في أحد معانيه هو أن يجد المرء نفسه لا يستطيع أن يواجه مطالبه ومطالب الحياة المحيطة به، ويجد نفسه يستبدل بها أساليب لا معقولة ولا مقبولة، ويصعب التحكم فيها، ويشعر المريض بالمرض النفسي في صوره أشياء غريبة تحدث له، وقد تكون هذه الأشياء تغيرات في الوظائف البدنية وقد تكون حالة انفعالية أو مزاجية غامرة ليس لها ما يبررها، كما هو الحال في اضطرابات القلق. (علاء الدين كفافي 1997) .

وتعد اضطرابات القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة في هذا العصر، مما قد يرجع إلى التغيرات الاجتماعية والتقدم التكنولوجي وتفشي الروح الانهزامية لدى الأفراد، وذلك بسبب بعض الضغوط الاقتصادية وضعف القيم الدينية، وبما أن اضطراب القلق غالبًا ما يكون عَرَضًا لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، فقد تبلورت لدى الباحث دوافع لإجراء هذه الدراسة نتيجة إحساسه بالمشكلة من خلال ممارسة العمل بمستشفى

الصحة النفسية بالطائف حيث اتضح له أن اضطراب القلق(عامه)، واضطراب الرهاب الاجتماعي (خاصة) تعد من أكثر اضطرابات القلق شيوعًا بين كثير من الحالات المترددة على العيادات النفسية.

ويذكر " روبنز وآخرون (Robins, L . et. al: 1984) أن اضطراب القلق تصل نسبته إلى 5% من الناس. كما توجد إحصائيات عن اضطراب القلق توضح أن نسبة انتشاره ما بين 10-15% من المراجعين للعيادات النفسية. كما توضح دراسات أخرى أن 25% من الأسوياء قد أخبروا عن القلق في يوم ما من حياتهم، وتتراوح نسبة القلق في المجتمع بشكل عام ما بين 3-5% وهذا ما أوضحه دليل تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية. ( Dubovsky, L.1996 )

ومما لاشك فيه أن اضطراب الرهاب الاجتماعي " القلق الاجتماعي" يعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ويعاني كثير من الأفراد من هذا الاضطراب. وهذا ما أوضحه كل من (Walker, Kjernustd, 2000) في الدراسة المسحية التي شملت البحوث التي قامت بتشخيص وعلاج الرهاب الاجتماعي، وأوضح المسح أن الرهاب الاجتماعي تصل نسبة ما بين 5-8% من حالات اضطراب القلق.

ويذكر محمد السيد عبد الرحمن (1998) أن الإحصائيات تتباين في نسبة انتشار مثل هذه الاضطرابات من مجتمع لآخر، حيث وجد سوليم وآخرون Solyom; et al 1986 أن مرضى الرهاب الاجتماعي يمثلون 25% من جميع حالات المخاوف.

وذكر هايمبرج وبارلو Heimberg, Barlow, 1988 أن مرضى الرهاب الاجتماعي يمثلون 18.3% من جميع مرضى اضطراب القلق عمومًا. وذكر ماركس Marks أن 8% من مرضى الفوبيا يعانون من

الرهاب الاجتماعي، كما أظهر مسح ميداني في بريطانيا أن ما بين 3 – 10% من طلاب السنة الأولى بالجامعة يعانون من الرهاب الاجتماعي. كما يشيروا إلى أن اضطراب الرهاب الاجتماعي أكثر شيوعاً مما يعتقد، حيث إن كثير من الأفراد ربما لا يرجعون إلى طلب العلاج بالرغم من معاناتهم وذلك لتعايشهم مع مخاوفهم، أو لعدم قناعتهم بجدوى العلاج، بينما بعض الحالات تشفى تلقائياً بدون علاج.

أما في المجتمع السعودي فقد تبدو المشكلة أكثر وضوحًا، ففي دراسة أجراها الخاني وعرفه, (Al Khani , Arafa, 1990) أن نسبة من يعانون من الرهاب الاجتماعي تمثل 20% من الاضطرابات العصابية و9% من الاضطرابات النفسية، كما أوضحا الباحثان أن أعمار المراجعين الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي تتراوح أعمارهم ما بين 20–30 سنة .

وفي دراسة أخرى أجراها (Chaleby, K. 1987) في المستشفى التخصصي بالرياض أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة الرهاب الاجتماعي تمثل 13% من جميع الاضطرابات العصابية، كما توقع الباحث أن تكون النسبة أكبر من ذلك، وأن نسبة كبيرة من المرضى لا تلجأ إلى العلاج.

ولعل هذه الإحصائيات عن اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي تدعو إلى ضرورة الاهتمام بهما كاضطرابين يستحقان الدراسة، كي تساعد الفرد علي تحقيق التوافق النفسي مع ذاته ومع الآخرين، وبالرغم من الاهتمام الكبير الذي يوليه المجتمع الغربي لاضطرابات القلق من حيث التشخيص والعلاج. إلا أن الدراسات العربية في– حدود علم الباحث– لم توليهما الاهتمام الكافي بالدراسة لدى الأفراد المترددين علي العيادات النفسية، وخاصة في المجتمع السعودي، وحتى تلك الدراسات التي تناولت

القلق في المجتمع العربي لم تتعرض لعلاجه باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، أما بالنسبة للرهاب الاجتماعي فقد وجد الباحث بعض الدراسات التي تناولته ولكنها لم تكن على المرضى المراجعين للعيادات النفسية وإنما أجريت على عينات من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي.

ومن خلال ما سبق رغب الباحث في دراسة اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي والتعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض هذين الاضطرابين، حيث أن هذين الاضطرابين لم يلقيا اهتمامًا على مستوى البحوث العربية بصفة عامة والسعودية بصفة خاصة، **وقد تبلورت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:**

1- ما مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة؟

2- هل تستمر فاعلية البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة؟

**هدف الدراسة :**

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق والقلق الاجتماعي لدى المترددين علي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

**أهمية الدراسة :**

إن اضطرابات القلق لها آثار سلبية كبيرة علي الشخصية، وهي تؤثر تأثيراً شديداً على فعالية المرء وكفاءته، وتقيد وعيه عن ملاحظات دقائق ما يجري من حوله من ظروف وأحداث، وإذا طالت اضطرابات

القلق فإنها قد تؤدي إلى تفكك الشخصية وانحلالها، فتضعف البصيرة، وتشوه المعالم التي يهتدي بها الإنسان نحو أهدافه.(الأزرق بوعلو 1993).

تتحدد أهمية الدراسة الحالية في الجانب الذي تتصدى لدراسته، وهو الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستوى اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية ويتحدد هذا من خلال جانبين مهمين هما:

**الأهمية النظرية:**

تهتم هذه الدراسة بموضوع له أهمية من الوجهة النظرية حيث أنها تلقي الضوء على طبيعة الاضطرابات النفسية، فعلى الرغم من تنوع حركة البحث العلمي والتجريبي في مجال اضطرابات القلق في المجتمعات الغربية، إلا أن البحوث والدراسات في المجتمعات العربية، نادرة في تناولها العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطرابات القلق وخاصة في المجتمع السعودي، كما أن هذه الدراسة قد تسهم في زيادة رصيد المعلومات والحقائق المتوفرة عن اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي، كما تتناول هذه الدراسة أساليب العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق والرهاب الاجتماعي.

كما تبرز أهمية هذه الدراسة بتوجيه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع وهم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق، وهذه الفئة تحتاج إلى الرعاية النفسية. بجانب الرعاية الطبية، مثلما تحتاج إليها الشرائح الأخرى المراجعة للمستشفيات العامة.

**الأهمية التطبيقية:**

تنبع أهمية هذه الدراسة تطبيقياً من أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم وهو برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي للمرضى المراجعين للعيادات النفسية، والذي كشفت فيه الدراسات السابقة على أهمية هذا النوع من العلاج، وأنه ذو فعالية في علاج اضطرابات القلق، وبالتالي يؤثر بالإيجاب على اتجاهات المرضى نحو ذواتهم ونحو الآخرين ويساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي السوي، وكذلك تعد هذه الدراسة من الدراسات العربية النادرة في هذا المجال، ولم يجد الباحث حسب علمه دراسات أجريت على المرضى المراجعين للعيادات النفسية، وأن الدراسات التي أجريت كانت على طلبة المدارس والجامعات.

كما أن هذه الدراسة قد تفتح المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية بصفة عامة، والمجتمع السعودي بصفة خاصة، كما قد تفيد الأخصائيين النفسيين العاملين في المستشفيات النفسية والعيادات النفسية والباحثين بأهمية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

## مصطلحات الدراسة:

**العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior Therapy:**

ويعد اتجاهًا علاجيًا حديثًا، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويعمد إلى

التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعـاد، إذ يتعامـل معها معرفيًا وانفعاليًا وسلوكيًا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات، سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي . كما يعتمد على إقامة علاقـة علاجية بين المعالج والمريض، فتتحدد في ضوئها المـسئولية الشخـصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهه، واعتقادات لا عقلانيـة مختلة وظيفيًا تعد المسئولة عن تلك الاضـطرابات التـي يعـاني منهـا المريض. (عادل عبد الله، 2000 )

**ويعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيًا:** بأنه وسيلة من وسـائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطرابات القلق ومساعدة هؤلاء المرضى على التكيف داخل البيئة من خـلال تـصحيح المعتقدات الخاطئة، وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خـلال استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية . وذلك من خلال اسـتخدام فنيـات العلاج المعرفي السلوكي التالية: (المراقبة الذاتية – صـرف الانتبـاه – التخيل – التعريض – الواجبات المنزلية – الاسترخاء)

**اضطراب القلق : Anxiety Disorder :**

**ويعرف القلق:** بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدًا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقـف تمثـل خطرًا حقيقيًا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية . لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبًا كما لو كانت تمثل خطرًا ملحًا أو مواقف تصعب مواجهتها . (أحمد محمد عبد الخالق 2000)

وقد ورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي ( American Psychiatric Association, 2000) أن القلق المرضي هو القلق الزائد، والذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة، ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق.

**ويُعرف القلق إجرائيًا في هذه الدراسة عن طريق:** الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد علي أداة القياس المستخدمة في هذه الدراسة، وهو مقياس مستشفى الطائف للقلق.

**اضطراب الرهاب الاجتماعي Social Phobia:** يعرف اضطراب الرهاب الاجتماعي: بأنه الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام وينشأ عن ذلك خوفًا ثابتًا من المواقف التي يتعرض لها الشخص في حالة نقد الآخرين، وقد يكون الرهاب محدودًا مثل عدم القدرة على التحدث أمام الآخرين أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين(American Psychiatric Association, 2000)

**ويعرف اضطراب الرهاب الاجتماعي إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد على أداة القياس المستخدمة في هذه الدراسة، وهو مقياس القلق الاجتماعي.**

**حدود الدراسة:** تتحدد الدراسة الحالية بما يلي :

**منهج الدراسة:** وهو المنهج التجريبي الذي يتضمن المتغيرات التالية:

1- **المتغير المستقل Independent variable:** الذي يتمثل في برنامج العلاج المعرفي السلوكي والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على

بعض اضطراب القلق والقلق الاجتماعي لدى المراجعين للعيادات النفسية بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية وفاعليته في خفض اضطراب القلق والقلق الاجتماعي لديهم كمتغير تابع.

2- **المتغيرات التابعة Dependent variables**: وهي التغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى المرضى الذين يعانون من بعض اضطرابات القلق عامة، واضطراب الرهاب الاجتماعي خاصة، بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي المستخدمة في هذه الدراسة.

**الأدوات المستخدمة بالدراسة وهي:**

- مقياس مستشفى الطائف للقلق، إعداد فهد الدليم وآخرون، (1993م).
- مقياس القلق الاجتماعي، إعداد محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (1994).
- استمارة دراسة الحالة إعداد (الباحث).
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي إعداد (الباحث).
- بطاقة التسجيل اليومي لمراقبة الذات, إعداد آرون بيك وترجمة رئيفة عوض.
- سجل الأفكار البديلة, إعداد ناصر المحارب.
- تتحدد الدراسة بالعينة المستخدمة من المرضى الذكور المراجعين للعيادات النفسية، وتتكون من 40 فردًا ممن تتراوح أعمارهم الزمنية

18 – 45 سنة. بواقع 20 فرداً تمثل المجموعة التجريبية و20 فـردًا تمثل المجموعة الضابطة.

- كما تتحدد هذه الدراسة بمكان إجرائها في مستشفى الـصحة النفـسية بالطائف بالمملكة العربية السعودية ثم بالحدود الزمانية وهـي فتـرة إجراء الدراسة
- تتحدد هذه الدراسة بفروضها وبالأساليب الإحصائية المستخدمة فـي الدراسة.

# الفصل الثاني

# الإطار النظري للدراسة

## أولا: اضطراب القلق.

- مقدمة.
- تعريف القلق.
- أنواع القلق ومستوياته.
- الفرق بين القلق والخوف.
- أسباب القلق.
- النظريات المفسرة للقلق.
- أعراض القلق.

## ثانيا: اضطراب الرهاب الاجتماعي:

- مفهوم الرهاب الاجتماعي وتعريفه.
- تشخيص الرهاب الاجتماعي.
- النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي.
- الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبيه.
- تعليق على النظريات المفسرة.

## ثالثا: العلاج المعرفي السلوكي:

- مقدمة.
- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وأهدافه.
- العلاقة بين المعالج والمريض.
- فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

# الفصل الثاني

# الإطار النظري للدراسة

## مقـدمــة:

سوف يتناول هذا الفصل عدة موضوعات تتعلق بالدراسة الحاليــة وهي كالتالي:

**أولاً:** القلق وسوف يتطرق الباحث إلى مفهــوم القلــق ، وتقــديم الآراء المختلفة حول هذا المفهوم، ثم يتطرق بعد ذلك إلى أنواع القلق والفرق بينه وبين الخوف، ثم يتناول المظاهر الإكلينيكية للقلق والتي صــنفت إلى أعراض جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية، ثم يتناول مشكلة القلق النفسي كمشكلة فردية من حيث العوامل المؤدية للقلق وهي العوامــل الذاتية والبيئية، مع الأخذ في الاعتبار تعدد العوامل وتفاعلهــا فيمــا بينها.

**ثانياً:** الرهاب الاجتماعي وفي هذا الجزء سوف يتطرق الباحــث إلــى مفهوم الرهاب الاجتماعي وآراء علماء النفس حول هذا المفهــوم كما يوضحــه البــاحث والنظريات المفســرة لهذا المفهوم.

**ثالثاً:** العلاج المعرفي السلوكي وفي هذا الجزء يتناول الباحــث مفهــوم العلاج المعرفي السلوكي وتاريخ تطوره وأهدافه ومبادئه وفنياته، حتى يتضح لنا ماهية هذه الطريقة العلاجية وإجراءاتها ودورها في عــلاج أو تخفيف القلق.

## أولا : اضطراب القلق: Anxiety Disorder

إن استجابة القلق ظاهرة عامة تكاد تكون في معظم الاضطرابات النفسية والعقلية. وقد دعا هذا الانتشار بعض الباحثين إلى اعتبار القلق عرضًا مرضيًا وليس مرضًا مستقلاً بذاته، إلا أن وجوده بصورة (صرفة) وواضحة يستوجب اعتباره مرضًا مستقلاً. (فخري الدباغ، 1978)

فكلمة القلق تأتي في أصلها من Angustia، وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري بشكل لا إرادي، وذلك نتيجة عدم قدرة البدن الحصول على مقادير كافية من الأوكسجين، ويلاحظ أن الشخص إذا شعر أنه مهدد، يعيش في عالم معاد له ويتوقع مكروهًا، وينطوي على نفسه، وتضعف علاقته بالآخرين، ومعنى هذا أنه يعيش في عزلة وضيق، وهذا إجراء اضطراري ليحمي نفسه من العالم المعادي له. (الأزرق بوعلو، 1993)

فاضطراب القلق يعتبر من أكثر الأمراض العصابية شيوعًا، كما أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات النفسية والعقلية، ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته المختلفة وقد يكون هذا القلق طبيعيًا، ولكن نجد أن الحالات الشديدة من القلق في كل المجتمعات وفي كل العصور، فالقلق هو انفعال شديد بمواقف أو أشياء أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال. وهو يبعث في حالته الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة. ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء. (عبد الستار إبراهيم، 2002 ) وإذا كانت الدراسة الحالية تتعرض لبحث مفهوم القلق، فإن الباحث سوف يقوم بعرض موجز لبعض

تعريفات القلق بارزًا في النهاية التعريف المستخدم في الدراسة الحالية، والذي يتبناه الباحث, ثم يستعرضه.

وقد قام العديد من علماء النفس والطب النفسي بتعريفات للقلق نعرض منها ما يساعد على تحديد مفهوم القلق. ولكن بعد أن نعرّف القلق لُغويًا حسب ما أورده المعجم الوسيط.

### تعريف القلق في اللغة العربية:

**يعرف المعجم الوسيط القلق**، على النحو التالي: " قلق الشيء حركه وغيرُه وأزعجه، والمقلق الذي لم يستقر في مكان واحد، ولم يستقر على حال، وقلق: اضطرب وانزعج، فهو قلق: والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلاق: الشديد الخوف يُقال: رجل مقلاق. (مجمع اللغة العربية، 1985 )

**ويعرف لسان العرب القلق: بأنه**" القلق من قلق والقلق والانزعاج، ويقال بات قلقاً وأقلقه غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد".(أبو الفضل جمال الدين بن منظور، 1986 )

### التعريفات النفسية للقلق:

**عرف قاموس المصطلحات النفسية والتحليل النفسي القلق بأنه:**
حالة انفعالية غير سارة مستمرة لدى الفرد فيها يفقد الرغبة أو الدافع للهدف" كما عرفه أيضًا بأنه "شعور بالتهديد خاصة من شيء مجهول دون أن يعرف الشخص ما يهدده.

(English, H , English, B 1958)

**وعرفت موسوعة علم النفس والتحليل النفسي القلق، بأنه:** عبارة عن شعور بالخوف أو الخشية من المستقبل دون سبب معين يدعو للخوف. (عبد المنعم الحفني، 1978)

**ويعرف معجم علم النفس والطب النفسي القلق بأنه:** شعور عام بالفراغ والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث. والقلق استجابة لتهديد غير محدد، كثير ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية، ومشاعر عدم الأمن، والنزعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس، وفي الحالتين يعبئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات، ويتسارع النفس ونبضات القلب. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، 1995)

تعريف فريدمان وآخرون Freedman, et al للقلق بأنه شعور بالانزعاج من خطر وشيك الوقوع يصاحبه خوف مسيطر على الفرد، وشعور بالتوتر يصاحبه تغيرات نفسية وجسمية. (Levitt, E, 1980)

تعريف أيدلبرج Eidelberg للقلق بأنه الشعور بالانزعاج عندما يكون موضوع القلق غير معروف، ووجود توقع بأن هناك قوة داخلية أو خارجية تسيطر عليه.( Levitt, E, 1980)

**كما يعرف ليفيت** (Livitt, E, 1980: 5) القلق بأنه حاله شعورية غير سارة تتميز بشكل واضح عن الحالات الشعورية الأخرى، ويصاحبها تغيرات نفسية وجسمية.

**تعريف ريتشارد سوين Richard, M (1988:) يعرف القلق بأنه:** حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر، وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق،

وتتضمن الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي. كما تتضمن اتساع الحدقة وازدياد العرق في الكفين، وازدياد نبضات القلب، أو التنفس السريع، والحالة هذه تسمى بقلق الحالة أو حالة القلق. (State Anxiety) وهي خبرة عابرة تتفاوت من حيث الشدة وتتذبذب من وقت لآخر.

**ويعرف عبد السلام عبد الغفار (1990 ) القلق، بأنه:** خبرة انفعالية غير سارة يُعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدًا واضحًا، وغالبًا ما تُصاحبَ هذه الحالة ببعض التغيرات الفسيولوجية.

**كما يعرف عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار عبد الحكيم (1992) القلق بأنه:** توتر أو اضطراب انفعالي، مصحوب بمشاعر الخوف العام (الفزع) يستند إلى ظروف أو مصادر غير معروفة أو قد يصعب تحديدها.

**ويُعرف حامد زهران (1997 ) القلق، بأنه:** حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع أو تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية وجسمية.

**كما يعرف أحمد عكاشة (1998 ) القلق بأنه:** شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في صورة نوبات متكررة.

**ويعرف أحمد محمد عبد الخالق (2000 ) القلق، بأنه:** شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديدًا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية،

وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغًا فيها لمواقف تمثل خطرًا حقيقيًا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبًا كما لو كانت تمثل خطرًا ملحًا أو مواقف تصعب مواجهتها.

**تعريف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها للجمعية الأمريكية للطب النفسي للقلق ( American Psychiatric Association, 2000:)** هو القلق الزائد، والهم الذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة، ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق، ويتميز اضطراب القلق بأنه قلق شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة والذي يستمر لمدة ستة أشهر، وأحيانًا لا يرتبط القلق بشيء محدد أو موقف أو حادث ولكن يبدو أنه سمة ثابتة لحياة الفرد اليومية، ويستخدم لتشخيص اضطراب القلق لوصف هذا التصنيف من الخبرات المرتبطة بالقلق.

**ويعرف عبد الستار إبراهيم (2002 ) القلق بأنه:** انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول، ويكون من المقبول أحيانًا أن نقلق للتحفز النشط ومواجهة الخطر، ولكن كثيرًا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقيًا بل متوَهمًا ومجهول المصدر.

وبالنظر إلي التعريفات السابقة التي وردت في المعاجم والموسوعات النفسية وعند بعض علماء النفس عن القلق تتضح أن معظم تلك التعاريف, إن لم تكن كلها, تتفق حول مفهوم القلق، وان تباينت منطلقاتها النظرية التي ينتمي إليها هؤلاء العلماء في اعتبار أن القلق حالة

نفسية غير سارة ومكدره وخارجه عن نطاق سيطرة المريض ويستثيرها وجود خطر غير معروف مصدره، أو خوفه من المستقبل ،ويصاحب هذه الحالة أعراض نفسية وجسمية, وبالذات عندما تكون نوبة القلق حادة تجعل الإنسان المصاب بالقلق متشائمًا ومضطربًا .

**اضطرابات القلق *Anxiety disorders*:**

يعد القلق واضطراباته من أهم الاضطرابات النفسية المؤثرة على الأفراد في كافة أنحاء المعمورة، حتى أطلق بعض علماء النفس والطب النفسي على القرن العشرين عصر القلق وتقدر الإحصاءات أن واحدًا من كل أربعة أشخاص يتعرض يومًا ما، على مدار حياته لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق. والقلق خوف لا مبرر له ولا يتناسب مع المنبهات الخارجية المولدة له، وتصل نسبة الإصابة بالقلق ما بين 10- 15% من مجموع المرضى المراجعين للعيادات النفسية. وتصل نسبة 10% لدى المرضى داخل المستشفيات، وكذلك توضح الدراسات أن 25% من الأصحاء قد عانوا من القلق في وقت ما من حياتهم.

هذا وتشمل اضطرابات القلق فئات فرعية، وتتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بأعراض القلق والسلوك التجنبي، ففي اضطرابات الهلع والقلق يكون القلق العرضي الشائع،

بينما يوجد سلوك التجنب في اضطرابات الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن الواسعة وفي اضطرابات الرهاب. (محمود حمودة، 1997)

ويحتل القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة، ويعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات العصابية الأخرى، فنجد القلق مستقلاً

كخاصية رئيسية في الشخصية. ونجده مرافقًا لكثير من الاضطرابات الانفعالية الأخرى كالخوف والوساوس والاكتئاب.

ويأتي القلق بأشكال متعددة بحسب شدته فيكون إما حالة انفعالية شديدة أو يتزايد لدرجة أن يستجيب الجسم بالقشعريرة والرعدة، وتوتر عضلات الجسم، أو يتحول في الحالات المتطرفة إلى نوبة حادة من الانزعاج والذعر Panic. فالذعر درجة أشد من درجات القلق.

وإذا كانت أنواع القلق تتفاوت بحسب الشدة فإنها تتفاوت أيضًا من حيث استمرارها. فقد يأتي مفاجئًا وسريعًا (كما في حالات الذعر) أو يأتي بطيئًا وعلى فترات ممتدة وقد يستمر أحيانًا فترات قصيرة. (عبد الستار إبراهيم، 2002)

ويندرج تحت هذا الاضطراب عددًا من الاضطرابات الفرعية، وسوف يعرض الباحث أكثرها شيوعا بصورة موجزة في ضوء التصنيف الذي أورده دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها في طبعته الرابعة المعدلة.

(American Psychiatric Association 2000:)

**أولاً: اضطراب الهلع Panic disorder ويتضمن:**

أ - اضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن الواسعة: Panic disorder without Agoraphobia

ب- اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن الواسعة: Panic disorder with Agoraphobia

**ثانيًا: اضطراب القلق المعمم : Generalized Anxiety Disorder**

**ثالثًا: اضطراب الرهاب: Phobia Disorder ويتضمن:**

أ- رهاب الأماكن الواسعة:Agoraphobia

ب- الرهاب الاجتماعي: Social phobia

ج- الرهاب النوعي: Specific phobia

رابعًا: اضطراب الوسواس القهري: **Obsessive Compulsive Disorder**

خامسًا: اضطراب انعصاب ما بعد الصدمة: **Post- Traumatic Stress Disorder**

سادسًا: اضطراب الضغط النفسي الحاد : **Acute Stress Disorder**

سابعًا: اضطراب القلق غير المصنف : **Anxiety Disorder not otherwise specified**

## حالة القلق وسمة القلق:

القلق مثله مثل الإحباط والصراع حيث إنه عملية نفسية شائعة بين جميع الناس، فكل واحد من هؤلاء الناس يخبر عن القلق الذي يُعاني منه في بعض المواقف, أي أنه خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار. وهذا يقودنا إلى التفرقة التي أصبحت معروفة عند علماء النفس المعاصرين، وهي التفرقة بين نوعين من القلق **هما حالة القلق وسمة القلق.** (علاء الدين كفافي، 1997 )

كما يرى ليفت (Levitt) أن مفهوم القلق يكون على حالتين مختلفتين الحالة الأولى وتسمى حالة القلق أما الحالة الثانية فتسمى سمة القلق. وحالة **القلق** هي حالة انفعالية طارئة، وقتية وزائلة، وهذا يعني أن حالة القلق التي نشعر بها في موقف معين، تزول بزوال مصدر التهديد، وبذلك تكون حالة القلق غير ثابتة تتغير من موقف لآخر.

أما سمة القلق فهي استعداد سلوكي في معظمه، يظل كامناً عند الإنسان حتى تنبهه منبهات داخلية أو خارجية، فسمة القلق توجد عند جميع الناس ولكنها بدرجات متفاوتة. (Levitt,1980)

ويذكر "سبيلبرجر" Spielberger أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معاً برغم أنها مختلفة تماماً من الناحية المنطقية. فغالباً ما يستخدم مصطلح القلق – أولاً – لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يدرك الشخص منبهاً مهيناً أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

ويستخدم مصطلح القلق – ثانياً – ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف Proneness للقلق بوصفه سمة في الشخصية Trait Anxiety، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلاً، قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق. ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر الأفراد الذين تهاجمهم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يخبروا الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي إرجاع ذات

شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة بالأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق. (أحمد محمد عبد الخالق ، 2000:)

ومهما اختلفت النظريات في تفسير طريقة اكتساب القلق أو تعلمه أو منشأه أو العوامل الاستعدادية التي تسهم في اكتسابه، أو أهمية كل من الاستعداد والوراثة في تعلمه، فإنه بلا شك تكون نتيجة طبيعية لحياة الإنسان وتفاعله بمقوماته الانفعالية والجسمية والعقلية مع البيئة التي يعيش فيها، ويؤثر فيها ويتأثر بها، فكلما كانت البيئة ميسرة من جميع نواحيها ومجهزة بوسائل إشباع حاجات الفرد المادية والاجتماعية، والنفسية باستمرار، كلما تحقق للإنسان الاطمئنان والبعد عن كل مؤثر للضيق والقلق، ولعل أسوأ ما يكون عليه حالة الفرد عند المعاناة من القلق أن طاقة الحاجات غير المشبعَة تظل تختل في نفسه حتى توهن قواه.

(محمد أحمد غالي ورجاء أبو علام، 1974)

وتتصف سمة القلق: بأنها ثابتة نسبيًا وتكون مزمنة (دائمة)، ويعني ذلك أن القلق منخفض نسبيًا، ومدة استمراره غير محدودة بل هي مستمرة، أما حالة القلق فهي نادرًا ما تدوم لمدة طويلة حيث يسمي هذا النوع من القلق بالقلق المرضي، وفيه يذهب الفرد إلى العيادة النفسية للعلاج، وبالتالي يمكن التمييز بين الحالتين بأن قلق الحالة يشير إلى المرض النفسي، وأن القلق موقفي وعابر، أما سمة القلق فهي حالة مستمرة من القلق المنخفض نسبيا. كما يمكن التفريق بين الحالتين، حالة القلق، وسمة القلق بتطبيق الخصائص أو الصفات، إما أن تكون حادة، وتعني هذه الكلمة أن القلق يكون فيها مرتفعًا ومدة ارتفاعه قصيرة نسبيًا. وإما أن تكون دائمة نسبيًا وليست محددة بزمن.

ويرى فريدمان Fredman بأن قلق الحالة يعبر عن ذاته في أربع مواقف مختلفة على الأقل.

1- تقرير شفهي سواء منطوق أو مكتوب يوصل بطريقة اللغة العادية التي مفادها أن صاحب التقرير يعيش خوفًا على نحو شعوري.

2- ردود أفعال بدنية سطحية وطفيفة مثل العرق أو الرعشة التي تتضح بشكل عادي.

3- ردود أفعال فسيولوجية داخلية مثل ضغط الدم المرتفع وزيادة معدل النبض التنفسي وكذلك التغيرات الهرمونية والغددية.

4- السلوك الحركي اللاإرادي أو غياب السلوك لدرجة التجمد " في الغالب يتخذ شكل الانسحاب من الموقف، أو تحاشي التهديد الموقفي . (Levitt 1980).

وأخيرًا نجد أن علماء النفس يتفقون على أن سمة القلق: استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المبكرة والمتوسطة ويظل ثابتًا نسبيا عند الأفراد في مراحل الحياة التالية، وتتفق تلك الخاصية مع آراء علماء التحليل النفسي وعلماء المدرسة السلوكية ومع معظم علماء الشخصية وعلم النفس الارتقائي التي ذهبت إلى أن الشخصية الإنسانية تتكون وتتحدد أبعادها الرئيسية في مرحلة الطفولة، وتتفق -أيضًا- مع نتائج الدراسات في علم النفس المرضي، وفي جناح الأحداث حيث إن اضطرابات الشخصية في الرشد ترجع إلى خبرات في الطفولة، وأيدَّ هذه الخاصية (برجر) في دراسة على الأطفال والراشدين، وأشار فيها إلى أن توافق الإنسان في الرشد مرتبط بتوافقه في الطفولة بحيث يمكن أن نستنتج ما

سيكون عليه توافقه في المستقبل من خلال دراسة شخصيته في مرحلة الطفولة. (كمال مرسي، 1979)

**القلق السوي والقلق المرضي:**

قسم علماء النفس القلق إلى نوعين هما القلق السوي (القلق الطبيعي) والقلق المرضي أو (القلق العصابي) وفيما يلي يعرض الباحث الفرق بين هذين النوعين من القلق.

**أولاً: القلق السوي أو خارجي المنشأ:** وهو الذي يشعر به الفرد في الأحوال الطبيعية كردة فعل للضغط النفسي أو الخطر، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئًا يهدد أمنه أو سلامته كأن يصوب لص مسدسًا إلى رأسه. (ديفيد شيهان 1988)

وهذا النوع من القلق هو أقرب إلى الخوف، وذلك لأن مصدره يكون واضحًا, فالفرد الذي يشعر بالقلق مثلاً إذا اقترب من حيوان مفترس، فإن مصدر القلق يكون واضحًا.

وعادة ما يرتبط القلق في مثل هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي (فيصل الزراد: 1984، 75)، ويكون هذا القلق مفيدًا للإنسان لأنه يجعله أكثر انتباهًا واستعدادًا لمواجهة الظروف الطارئة، ويحفز الإنسان إلى أن يقدِّر المواقف ويحلل الأسباب، ويزيد من طاقته واستعداداته لمواجهة الخطر أو الهروب منه، ويتعرض الناس لِهذا القلق يوميًا في حياتهم العادية عندما يواجهون تجارب مزعجة، فهو وسيلة تساعد الإنسان على تحسين أوضاعه، بل تدفعه نحو التقدم والرقي، بما يعترض سبيله من منافسات وتحديات. فالقلق إذن دافع لا يُستهان به، إما أن يدفع صاحبه إلى الإنتاج والنمو الإبداع، إذا كان من نوع القلق الخفيف الذي يحفز إرادة

الإنسان وينشط حماسه، وإما أن يدفع الإنسان إلـــى التـــشاؤم والمـــرض. (الأزرق بوعلو: 1993،)

**ثانيًا: القلق المرضي ويعرف (بالقلق العصابي):** فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلـــى حد كبير، لذلك فهو قلق مرضي Morbid ويُسمى أحيانًا بـــالقلق الهـــائم الطليق Free Floating، ويستخدم فولبة Wolpe, J بديلاً عن المصطلح الأخير الذي يرى أنه خاطئ مصطلح القلق الشامـــل (pervasive) ويرى أنه الأفضل. (حسام الدين محمود عزب : 1981 )

ويذكر ليف Life أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي اســتخدمت مصطلح (استجابة القلق) إذ حل هذا المصطلح محل (حالة القلق) والأخير بدوره حل محل المصطلح النفسي الأقدم (عصاب القلق) ولكن لا يزال هذا المصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي الأوروبية فـــي حين يستخدم مصطلح (استجابة القلق) في بعضها الآخر، ويستخدم حاليـــاً بدلاً من كل ذلك الآن مصطلح (اضطراب القلق) في دليـــل تـــشخيـــص الاضطرابـــات النفسية وإحصاءها الطبعة الرابعة (أحمـــد محمـــد عبـــد الخالق: 2000)، وهذا النوع من القلق داخلي المنشأ، وغير محدد المعالم، وتختلف شدته وعمقه من شخص لأخر، ويعتبر هذا القلق مرضـــيًا لأنـــه يترك أثارًا سلبية ويحدث تغييرات هامة في حياة الإنسان، فالمصاب بـــه يكون متوترًا ويشعر بالرعب أمام حوادث عادية، فهو يعـــيش فـــي حالـــة استثارة وتحفز مستمرين. ويصبح سلوكًا ملازمًا لصاحبه الذي يشعر به بأنه مغلوب على أمره, وأنه غير قادر على اتخاذ القرارات بـــسهولة. (الأزرق بوعلو: 1993)

## الفرق بين القلق والخوف:

لقد تعددت آراء العلماء في تناولهم لمفهوم القلق والخوف، فالبعض يرى أنه ليس هناك اختلافًا واضحًا بينهما، بينما يرى البعض الآخر أن هناك اختلافًا واضحًا بين مفهوم القلق والخوف. ولذا يصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه الشبه الموجودة بينهما؛ حيث يذكر محمد مياسا (1997)، أن كلاً من القلق والخوف عبارة عن حالة انفعالية تنطوي على الضغط والتوتر الداخلي ويصحبها التغيرات الفسيولوجية المتماثلة، وكل منهما يستثار بوجود خطر يتهدد الشخص ويدعوه إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء. وفي الخوف يكون أحيانًا أشد مما يستدعيه موضوع الخطر وأن ينتقل الشخص إلى حالة من القلق ضعيفة أو شديدة، وهو بذلك يشبه القلق.

أما أحمد عكاشة (1998) فيذكر أن البعض يحاول التفرقة بين القلق والخوف مع أنهما عادة ما يكونان وحدة ملتصقة، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تمامًا عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم. كذلك من الناحية الفسيولوجية، فالخوف الشديد يصاحبه انخفاض في ضغط الدم، وضربات القلب، وارتخاء في العضلات، مما يؤدي أحيانًا إلى حالة إغماء، أما في القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم، وضربات القلب، وتوتر العضلات مع تحفز وعدم استقرار، وكثرة الحركة.

بينما يرى أحمد محمد عبد الخالق (2000) أن الفرق النفسي الأساسي بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين (الخوف والقلق) يعتمد على كون إحداهما حادة والأخرى مزمنة.

أما علاء الدين كفافي (1990 ) فيرى أن هناك تشابهاً بين الخوف والقلق، فهما استجابتان سلبيتان تنشأن عند تعرض الفرد للخطر، ولكن الباحثون يفرقون بينهما على أساس أن الخوف ينشأ عن موضوع أو مثير محدد يستطيع الفرد أن يسلك سلوكًا معينًا للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها، بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد يجد الفرد صعوبة في

تحديد الموضوع الذي يثير قلقه، وعليه فإنه يعجز عن إتيان السلوك المناسب أو الكف لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها.

**أما دولارد وميللر (Dollard & Miller) فقد ميزا بين القلق والخوف في نقطتين أساسيتين هما:**

1- أن العلامات في حالة الخوف نوعية ومعروفة، بينما العلامات في حالة القلق غير معروفة من الفرد القلق.

2- القلق إدراك أكثر منه خوف، ومعنى ذلك أن القلق خوف مستقبلي الإحالة وأكثر من ذلك أساسية، فإن الخوف يمكن فهمه كاستجابة نفورية تشريطية بشكل مباشر على علاقة نوعية، بينما القلق يكون فهمه على أحسن نحو بحسبانه الخبرة التي غالبًا ما تكون مرتبطة بالصراع. (حسام الدين عزب، 1981)

ويذكر نعيم الرفاعي (2001،) أنه يصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه الشبه الموجودة بينهما، ومثل هذه الصعوبة تبرز في تعريف القلق نفسه، **فأوجه الشبه تكون في النواحي التالية:**

1- كل من القلق والخوف حالة انفعالية.

2- كل منهما يستثار بوجود خطر يهدد الشخص.

3- كل منهما إشارة تدعو الشخص إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء.

4- إن كلاً من القلق والخوف يصاحبه عدد غير قليل من التغيرات الفسيولوجية المتماثلة مثل الاضطرابات في التنفس والدورة الدموية والعصارات المعوية.

**أمّا أوجه الاختلاف بين القلق والخوف فهي:**

1- أن يكون موضوع الخوف معروفًا من الشخص ومدركًا، ولا يكون الأمر على هذا الشكل دائمًا في حالة القلق, فإذا أخذنا القلق الناجم عن إشارات ذاتية قلنا إنه يتميز عن الخوف تميزًا واضحًا.

2- الأصل في الخوف أن يكون موضوعه موجودًا في العالم الخارجي، ولا يصدق ذلك في كل أشكال القلق. فالمثير في عدد من أشكال القلق ذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي، لذلك فالشخص القلق يخاف من شيء مجهول لا يدرك كنهه ولا يعرف مصدره المعرفة الكافية.

3- إذا صدف وكان القلق من النوع الذي يكون مثيره موجودًا في العالم الخارجي، فإن خطره يكون غامضًا، بينما خطر المثير الخارجي في حالة الخوف يكون محددًا.

4- إن الخوف يكون متناسبًا من حيث الشدة مع الموضوع الذي أثاره، أما في القلق العصابي منه بشكل خاص، فشدته أعظم من شدة إشارات الخطر أو موضوعه.

5- في القلق يضفي الشخص من نفسه على المواقف أكثر مما يفعل في الخوف وفي هذا الصدد يقول روبنز Robbins إن القلق استجابة

تعبر عن معاني داخلية لدى الشخص الذي يعانيه، وأن الشخص ينزع إلى وصف العالم الخارجي بهذه المعاني الذاتية.

6- إن الخطر في القلق موجه إلى كيان الشخصية. بينما لا يكون الشعور بالتهديد في حالة الخوف بمثل هذه الشدة والتعميم.

7- يشعر الفرد في حالة القلق بالعجز تجاه المصدر المجهول، ومن هنا ينطلق في محاولة الدفاع, بينما لا يكون هذا الشعور بالعجز منطلقاً في حالة الخوف.

8- إن حالة الخوف تكون عابرة ومؤقتة، والقلق أكثر طولاً في بقائه.

9- تصاحب القلق والخوف تغيرات فسيولوجية متعددة ولكن الآثار التي يتركها القلق في الجسد أقوى عمقًا من الآثار التي يتركها الخوف وكثيرًا ما تكون هذه الآثار خطرة.

**أنواع القلق:**

لقد ميزّ فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق وهي القلق الواقعي (الموضوعي) والقلق العصابي، والقلق الخلقي.

**أ- القلق الموضوعي Objective Anxiety**

وهو رد فعل مقبول لخطر خارجي، هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية وينشأ عن غريزة حفظ الذات، والقلق الموضوعي عبارة عن خوف عادي مفيد، يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذي يتهدده أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع له. ومصدر القلق يكون واضحًا في هذا النوع، فالفرد يشعر بالقلق مثلاً إذا سقط من مكان مرتفع، أو إذا

اقترب وقت الامتحان، وعادة ما يرتبط مصدر القلق في مثل هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي. (محمد عودة، كمال مرسي، 1984)

### ب- *القلق العصابي* Neurotic Anxiety

وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته، وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر غير المحدد، وتعبر أعراضه النفسية والفسيولوجية عن اضطراب داخلي يكون أشد بكثير مما يظهر في حالة القلق الموضوعي المألوف، الذي يمكن أن يوجد عند كل الناس. والقلق العصابي يُمكن أن يكون حالة عامة تتكرر على شكل نوبات يسميها فرويد حالة القلق الطافي Free- Floating Anxiety . ويمكن أن يأخذ كذلك شكل ردود خوف مرضي. (محمد مياسا، 1997 )

فالقلق العصابي ترجع أسبابه إلى عوامل داخلية وهي دفعات (الهو) الغريزية، والتي توشك أن تتغلب على الدفعات وتحرج (الأنا) إحراجًا شديدًا، لأنها تجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية ويتمثل القلق العصابي في بعض الصور منها مشاعر الخوف الدائمة التي يستشعرها الفرد في جميع المواقف حتى غير المخيفة منها، فتجد الفرد يتجنب كثيرًا من المواقف، ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء. (علاء الدين كفافي، 1997)

**وفي هذا النوع من القلق قسم فرويد القلق العصابي إلى ثلاثة أنواع هي:**

1- **القلق الهائم الطليق:** وهو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي، فالأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائمًا أسوأ النتائج، ويفسرون كل ما يحدث لهم أنه نذير سوء.

2- **قلق المخاوف المرضية:** وهو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي معين، فهو ليس خوفًا معقولاً، كما لا يوجد ما يبرره، وهو ليس خوفًا شائعًا بين الناس.

3- **قلق الهستيريا:** يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضحًا في بعض الأحيان، وغير واضح في أحيان أخرى كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء، وصعوبة التنفس إنما تحل محل القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح، ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيري نوعان: أحداهما: نفسي والأخر: بدني. (فاروق السيد عثمان :2000)

### ج- القلق الخلقي Moral Anxiety

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترف أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع القيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى. أي أن هذا النوع من القلق يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات الهى. ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصبة كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة من الأنا الأعلى. وهو ذلك القلق الذي يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، عندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئًا يهدد أمنه أو سلامته. وهذا المصطلح يتضمن فكرة معينة هي أن الفرد يستطيع أن يميز مصدرًا مقبولاً يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه. (علاء الدين كفافي، 1997 )

**أما ديفيد شيهان (1988) فقد صنف القلق في نوعين أساسين هما:**

**القلق خارجي المنشأ Exogenous** وهو ذلك القلق الذي يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، وعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح

شيئًا يهدد أمنه أو سلامته. وهذا المصطلح يتضمن فكرة معينة هي أن الفرد يستطيع أن يميز دائمًا مصدرًا مقبولاً يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه.

**القلق داخلي المنشأ Endogenous:** وهو ذلك النوع من القلق الذي يولد الفرد ولديه استعدادًا وراثيًا له. وهو عادة ما يبدأ بنوبات القلق دون إنذار مسبق أو سبب ظاهر، فيشعر الفرد كأن الأمر يداهمه من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية. والمصاب بهذا النوع من القلق يشعر بزيادة دقات القلب أو يحس بالدوار أو الاختناق أو قد يحدث التنميل حتى عند غياب أي ضغوط أو خطر ظاهر.

**أما حامد زهران (1997 ) فقد صنف القلق إلى أربعة أصناف:**

1- **القلق الموضوعي العادي:** ويكون مصدر القلق خارجيًا وموجود فعلاً ويطلق عليه أحيانًا اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي، ويحدث هذا في مواقف التوقع والخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان.

2- **حالة القلق Anxiety state أو القلق العصابي:** وهذا النوع من القلق داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، وهذا القلق يعوق التوافق والإنتاج والتقدم.

3- **القلق العام**: وهو الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل يكون القلــق غامضًا وعامًا وعائمًا.

4- **القلق الثانوي**: والقلق في هذا النوع يظهر كعــرض مــن أعــراض الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يعتبر القلق عرضًا مشتركًا فــي جميع الأمراض النفسية تقريبًا.

بينما قسم كيركجارد القلق إلى نوعين:

1- **قلق عادي** وهو خوف يشعر الفرد به من أشياء موضوعية مثل خوف الطفل من والديه ومدرسيه أو من حيوان مؤذي، وهذا الخوف مفيــد للإنسان يدفعه إلى حماية نفسه، وحفظ حياته، بل يحركه إلى التقــدم والارتباط بالآخرين.

2- **قلق عصابي** وهو خوف زائد ليس له ما يبرره، ويحس بــه بعــض الناس فيعوقهم عن التقدم، ويجعلهم منغلقين على أنفسهم، يخافون من لا شيء أو يخافون من الخوف نفسه. (محمد عودة، كمال مرســي، 1984)

**أما عبد المطلب القريطي (1998) فقد صنف أنواع القلــق تبعــاً لأسس مختلفة:**

أ- من حيث وعي الفرد به، وينقسم إلى:

1- قلق شعوري يعي الفرد أسبابه ويمكن تحديدها والتصدي لها. وغالبــاً ما يزول بزوال تلك الأسباب.

2- قلق لا شعوري لا يفطن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم ســيطرته على سلوكه.

ب- من حيث درجة شدته وينقسم إلى :

ا- قلق حاد.

2- قلق بسيط.

3- قلق مزمن.

ج- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه, ينقسم إلى:
قلق ميسر ومنشط للأداء Facilitating, وقلـــق مثـــبط أو مـــضعف Debilitating.

د- من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: ويصنف إلى قلق عادي واقعي، قلق خلقي أو ضميري، قلق عصابي.

## مستويـــــات القلـــق:

أشار حمدي عجوة (1982 ) إلى أن بازويتز وآخرين Basowitz, et al حددوا القلق في ثلاثة مستويات وهي:

**المنخفض- المتوسط- العالي.**

**1- المستويات المنخفضة للقلق:**

وتتضمن حدوث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديـــه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر, ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيهـــا، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشـــارة إلـــى إنـــذار لخطـــر وشـــيك الوقوع.

**2-المستويات المتوسطة للقلق:**

وفيها يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة؛ حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائية، ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهدداً وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

**3- المستويات العليا للقلق:**

يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية وينخفض التآزر والتكامل انخفاضًا كبيرًا في هذه الحالة.

بينما يصف محمد مياسا، (1997) القلق إلى ثلاث مستويات ويظهر القلق في هذه المستويات على درجات تتفاوت في الشدة، **ويمكن تمييز هذه المستويات الثلاثة:-**

1- **المستوى الأول:** ويطلق عليه أسماء من نوع الهم أو الضيق (Worry) أو العصبية (Nervousness) وهو عبارة عن حالات بسيطة من القلق كثيرًا ما تظهر في حياتنا اليومية. ولا يخلو الإنسان منها في بعض الأحيان، فالشخص العصبي أو المهموم يكون حساسًا، سريع الانفعال خاصة بما هو مفاجئ، حيث تغلب عليه الشكوى وسرعة التعب. وهذا النوع من القلق البسيط يقع ضمن الحدود الطبيعية؛ لأنه يتلاشى بسرعة عن طريق التفريغ، أما إذا تعقدت وسائل التفريغ وزاد الهم، فإنه في هذه الحالة يتطور الهم إلى القلق.

2- **المستوى الثاني:** ويطلق عليه القلق Anxiety وهو متوسط الشدة، ويظهر على شكل توتر وخوف من خطر قادم وشيك الوقوع ولكنه ليس واضح المعالم تمامًا، فلذلك ترافقه حالة نفسية من الضيق والانزعاج والكدر المؤلم، وقد يشكل هذا القلق دافعًا لنا وراء التوافق وهو ينزع إلى الانطلاق في مسالك تفريغ تأتي على شكل تنفيس للتوتر الانفعالي، وبهذا التنفيس قد يزول القلق بعد فترة قد تكون طويلة أو قصيرة، أما إذا تكرر القلق وبشكل ملحوظ وانسدت أمامه سبل التفريغ وزادت شدته أصبح مستحكمًا ومعقدًا، وبالتالي يصبح في هذه الحالة حالة مرضية، ويكون القلق عندئذ قد تطور ليدخل في المستوى الثالث.

3- **المستوى الثالث:** وهو القلق الشديد، ويطلق عليه اسم القلق العصابي **Anxiety** Neurotic وسمي بالعصابي لأنه وصل في شدته وخطورته إلى مرحلة العصاب أي المرض النفسي، وهو ليس ظاهرة عامة بين الناس وإنما هو حالة خاصة يعانيها المرضى النفسيون، وتشكل عرضًا بارزًا من أعراض حالاتهم الشاذة، وفي هذه الحالة لابد للفرد من طلب العلاج النفسي.

## أسباب القلق :

يحدث القلق عادة عندما لا يستطيع الإنسان التكيف مع الحالات والظروف التي تسبب توترًا وضغطًا نفسيًا، وإن أسباب القلق تتدخل فيه عدة عوامل حتى يصاب الفرد بالمرض، وإن كل واحد من هذه العوامل بمفرده قد لا يسبب المرض. ولكن تضافر هذه العوامل مجتمعة هو الذي يحدث خلل التوازن ويسبب المرض النفسي، ويعتقد أن الاضطرابات

النفسية قد تحدث بسبب عوامل أخرى متنوعة ومتباينة من شخص لآخر. (مأمون مبيض: 1995).

**القلق له أسباب كثيرة ومتعددة ومن أهمها:**

**1- مرحلة الطفولة:**

إن للسنوات الأولى في حياة الإنسان لها الأثر الكبير على مستقبل حياته، وخاصة التجارب والعوامل السلبية التي يمر بها، ومن هذه الظروف السلبية والتي قد تضر في نمو الإنسان طبيعة الحياة الأسرية المضطربة، وخاصة التي تنعدم فيها العاطفة والحنان أو التي تكبت الطفل فلا تتيح له مجالاً للتعبير عن مشاعره، أو عدم رضاه عن أمر من الأمور، فالبيئة الفقيرة سواء ماديًا أو معنويًا أو عاطفيًا قد تؤثر في نمو بعض الأطفال، بينما قد يوجد عند البعض الآخر عوامل ثانية مساعدة عن هذا الفقر بحيث لا تظهر عندهم في النهاية النتائج السلبية لهذا العوز في نموهم الاجتماعي والعاطفي. ومن الأمور التي تتعد فيها الآراء بين الاختصاصيين هي لأي حد تعتبر تنشئة الطفل مسئولة عن إحداث الأمراض النفسية في المراحل المتقدمة من العمر. ومع ذلك يمكن القول أن التطور العاطفي للطفل، والأسلوب الذي تعلمه من ردود أفعاله تجاه ظروف الحياة لهما أثر كبير في صياغة طبيعة الاستجابة لديه تجاه الأزمات الشديدة في مستقبل حياته، كما أن التجارب المزاجية والعاطفية أثناء طفولة الإنسان لتؤثر كثيرًا في صياغة شخصيته، وهذه الشخصية قد تؤثر بدورها في طريق استقبال الأزمات ورؤيتها، وطريقة الاستجابة والتكيف مع هذه الأزمات. (مأمون مبيض، 1995)

## 2- شذوذ التكوين:

لا شك أن من ينشأ شاعرًا بالنقص في تكوينه البدني أو في قدرته على مشاركة غيره في المنافسة في شتى نواحي الحياة، يظل طول وقته يخشى أن يصادفه في الحياة ما يظهر نقصه هذا، وهو إن كان يسعى جهد طاقته لمداراة هذا النقص بالتفوق في ناحية من نواحي الحياة المختلفة، إلا أن شعوره بالنقص ما زال يلازمه، وقد يدفع به إلى الخوف من مواجهة بعض المشكلات التي قد يكون في اضطراره مواجهتها ما يسلمه إلى الإصابة بحالة القلق.

## 3- الإيحاء:

**وهو مسئول عن كثير من الإصابات بالقلق، وهو نوعان:**

### أ- إيحاء ذاتي:

وهو ينشأ مما يرتبه الفرد في مخيلته من أفكار تبعث في نفسه الخوف والجزع، كان يتوهم لو ركب سيارة لاصطدمت به وأصيب بإصابات بالغة، وهكذا يتوهم المريض أنه في حركاته وسكناته سوف يُصاب عاجلاً أم آجلاً بأذى، وما ذلك إلا نتيجة ما يوحيه لنفسه وهو في العادة وليد بعض ما استخلصه من خبراته أو اتجاهاته في الحياة، وهذه الخبرات أو الاتجاهات التي نظر إليها بمنظار خاطئ منذ البداية والتي وجهته توجيهًا غير صحيح، ومن ثم جاءت نتائجها سيئة.

### ب- إيحاء مكتسب:

ويحدث نتيجة ما يسمعه عن حوادث الوفاة الفجائية أو أنواع الأمراض وأعراضها، فمثلاً الشخص الذي تصادفه حالة وفاة فجائية

بالذبحة الصدرية لقريب أو صديق له، قد يترك وقعها في نفسه أثرًا كبيرًا فتنتابه حالة من القلق والخوف من أن يكون مصاب بحالة قلبية.

(عبد الفتاح دويدار، 1994)

**4- فقدان الدعم والتأكيد الاجتماعي:-**

لا شك إن العزلة الاجتماعية، وانعدام الأقرباء والأصدقاء من حول الإنسان قد تكون سببا لتعرضه للأمراض النفسية، وخاصة وقت الأزمات، فوجود الأصدقاء أو الأقرباء للفرد تجعله يفتح قلبه له، ويشرح له ما يقلقه، وبالتالي يشاركه الرأي في حل مشكلاته وبذلك يكون مفيد للصحة النفسية، فشعور الإنسان بالانتماء لمجموعة من الناس أمر يخفف عنه الشعور بالعزلة والانفراد، وقد تحدث هذه العزلة بسبب الهجرة والبعد عن الأهل والأصدقاء، أو بالاغتراب في بلد آخر. أو قد تتواجد لدى المجتمعات التي تضعف فيها العلاقات الاجتماعية والأسرية.

لذلك فالقيم والممارسات التي تدعو وتؤكد على صلة الرحم تفيد كثيرًا في حفظ صحة المجتمع، والوقاية من الاضطرابات النفسية. وتعمل العلاقات الحميمة كعامل وقاية ضد الآثار السلبية والصدمات الناتجة عن الحوادث المعاشة. والشيء الهام هو نوعية هذه العلاقات، فعلى سبيل المثال الفرد الأعزب قد يكون أكثر عرضة للأزمات النفسية من المتزوج، ولكن نجد أن الزواج غير الناجح يكون مليء بالاضطرابات والمشاكل الأسرية، وقد يكون هذا بحد ذاته مصدراً للأزمات، بدل أن يكون سكناً ومعيناً على مثل هذه الأزمات. (مأمون مبيض، 1995 )

## 5- الأزمات والصعوبات الحياتية:

إن للأزمات والصعوبات الحياتية التي يتعرض لها الإنسان، لهـا أثر على حياته النفسية، **حيث يشير بعض العلماء إلي أن هناك نوعـان من** الأزمات وهي:

**النوع الأول:** أزمات أو صعوبات طويلة الأمـد، والتـي تجعـل الإنسان عرضه ومهيأ للإصابة بالأمراض النفسية وخاصة القلق، ومن هذه الأزمات والصعوبات العيش على دخل مادي منخفض لا يلب الاحتياجات المطلوبة، أو انعدام العلاقات الاجتماعية بفقدان الأصدقاء والأقرباء، ،ومن الصعوبات الحياتية المشكلات الزوجية والبطالة عن العمـل، فكـل هـذه الصعوبات قد تحدث لدى الإنسان توترًا وغضبا وسخطًا، مما قد يعرضه لبعض الاضطرابات النفسية. فمن المعروف أن الأمراض النفـسية أكثـر انتشارًا بين الذين هم معرضون لمثل هذه الصعوبات والأزمـات مقارنـة بغيرهم من الأشخاص الذين لا يعانون مـن مثـل هـذه الاضـطرابات والأزمات.

**النوع الثاني: الحوادث الهامة لحياة الإنسان وهي التـي قـد تثيـر المرض النفسي** بصفة أسرع، وقد تكون هذه الحوادث الأخيـرة الـضربة القاضية في إحداث المرض لدى شخص كان مهيأ لـه بـسبب العوامـل السابقة الذكر، إلا أن هذا الإنسان كان متكيفـاً لحد ما مع هذه الصعوبات والأزمات حتى أتت هذه الحادثة الأخيرة. وقد صنف علماء الـنفس هـذه الحوادث بحسب درجة شدتها وتأثيرها على حياة الإنسان إلى عدة أنواع، فكلما كانت الحادثة شديدة، أو كلما تعددت هذه الحوادث في وقـت واحـد كلما ازداد احتمال تأثيرها السلبي على نفسية الإنسان. ويعتقد بشكل عـام أن الحوادث الحياتية هذه تحدث الاكتئاب عند المعرض للمرض إذا شـعر

هذا الإنسان باليأس وفقد الأمل عند وفاة قريب أو عزيز، بينما الحوادث التي تسبب بعض المخاطر أو التهديد بالأذى أو الموت كالعمليات الجراحية والكوارث الطبيعية فإنها أقرب إلى إحداث القلق. ويبدو أن الناس يتفاوتون لحد كبير في مدى تعرضهم وتهيؤهم وتحملهم للآثار السلبية لحوادث الحياة. (مأمون مبيض، 1995:)

كما يرى حامد زهران (1997 ) أن مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح المدينة المتغيرة، وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، كل هذه من أسباب اضطرابات القلق.

## 6- التكوين الجبلي (الشخصية القلقة)

إن بعض الأشخاص بطبيعتهم أكثر قلقًا من غيرهم ومنذ سنوات حياتهم الأولى وطوال حياتهم وهم لا يشعرون بالأمان، ويهيمن الخجل عليهم، وعدم الاستقرار العاطفي، فهم متوتروا الأعصاب، وتسهل إثارة مخاوفهم، كما إنهم يفرطون في الاهتمام بصحتهم، ويتوافر لديهم الاستعداد والميول نحو توهم المرض، كما يتدنى الإنتاج الوظيفي لدى أولئك الأشخاص، ويقل عندهم مستوى الدافعية والنشاط والطموح والمثابرة وينظر إلى هذه السمات مجتمعة على أنها دليل على وجود العصابية الجبلية، والتي تم إيراد دليل مقنع على وجودها من خلال دراسات (سلتر Slater) وريزو، وأيزنك (Rees & Eysenck) وترتبط العصابية ارتباطًا وثيقًا ببنية الجسم وبعدم استقرار حركة الأوعية الدموية، وبوجود ضعف عام في صحة الفرد.

(جيمس ويليس، جون ماركس, 2000)

### 7- الاكتساب والتعلم:

يوجد كثير من الأدلة على أن القلق -أحيانًا- يكون ظاهرة مكتسبة، أي أنه تطورً ونما من خلال عملية ارتباط شرطية بسيطة، وهو يخضع لقوانين التعميم والكف والانطفاء، وينص مبدأ التعميم على أن تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي دون الحاجة إلى تعلم إضافي.

(جيمس ويليس، جون ماركس, 2000)

كما يذكر عبد المطلب القريطي (1998: 123 ) أن للقلق أسباباً عدة، وهي كما حددها جيروم وارنست (Jerome , Ernst , 1988) **على النحو التالي:-**

1- **الأذى أو الضرر الجسدي** فالعديد من الناس حتى أولئك الذين يحترفون الرياضة الصعبة كسباق السيارات يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو القتل في الحروب.

2- **الرفض أو النبذ (Rejection)** فالخوف من رفض الآخرين لنا، ومن أنهم لن يبادلوننا مشاعر المودة والحب يجعلنا غير مطمئنين أو مستريحين في المواقف الاجتماعية.

3- **عدم الثقة:** حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أو في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرًا للقلق لا سيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح، فيما يتوقع منا أن نفعله.

4- التنـــافر المعرفـــي (Cognitive Dissonance) يــؤدي تنـــاقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات كل منهـــا مـــع الآخر أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح. فالطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالانزعاج والتوتر عندما يحصل على درجة فـــي الامتحـــان تؤكد أنه ليس كذلك.

5- **الإحباط والصراع:** فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء لإرضاء رغباتنا ودوافعنـــا وطموحنـــا أو فـــي رفـــض المواقـــف الصراعية.

## النظـريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد أو الاختلاف إلى التوجيهات النظرية المتنوعة التي تهـــتم بتفـــسير هـــذا الاضطراب، فيرى بعض علماء تلك النظريات أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الأخر أن اضطراب القلق يرجع لبـــث الرغبات في اللاشعور . بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلـــق يرجع إلى أنه تعلم خاطيء ويجب علاجه باعتباره سلوكًا مضطربًا بينمـــا يعتبر البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى جوانب معرفيـــة ومعتقـــدات مشوهة. وأخيرًا هناك من يرى هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به .

وبناء على ذلك سوف يعرض الباحث هذه النظريات المتنوعة التي اهتمت بتفسير السلوك المضطرب بشيء من التفصيل .

## مدرسة التحليل النفسي:

كان فرويد Freud من أوائل علماء النفس الذين لفتوا الانتباه إلى أهمية القلق، وحاول أن يصل إلى تفسير اضطراب القلق. ومن خلال اهتمامه بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها في معظم الحالات العصابية التي كان يعالجها، فقد ميز فرويد بين نوعين من القلق هما: القلق الموضوعي والقلق العصابي. ( Rachman ,1998)

**وكما هو معلوم أن تفسير فرويد للقلق النفسي قد مر بمرحلتين:**

**المرحلة الأولى (1916- 1917):** حيث فسر القلق على أساس أنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع فإن الطاقة النفسية المتعلقة بالدافع الجنسي "الليبدو" لدي الفرد تتحول إلى قلق بطريقة فسيولوجية.

**أما المرحلة الثانية (1936):** فقد عدل فرويد عن رأيه الأول وأكد أن جميع المخاوف المرضية في أساسها هي رغبة جنسية غير مقبولة وخوف من العقاب، وهو عبارة عن الخوف من الخصاء، وقد أبدل فرويد هذا الخوف وحل محله الخوف المرضي، ورأى أن قلق "الأنا" هو ما يحدث أولاً وهو الذي يسبب الكبت ولا ينشأ القلق أبدًا من الليبدو.
(أحمد رفعت جبر، 1978)

## نظرية فرويد الأولى في القلق:

لقد اهتم فرويد بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها بوضوح على معظم حالات الأمراض العصابية، وحاول أن يعرف سبب القلق، وقد لاحظ أن القلق هو عبارة عن خوف غامض، وهو يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطر خارجي معروف، ولذلك ميز فرويد بين

نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي. (سيجموند فرويـد, 1989)

1- القلق الموضوعي: **Objective Anxiety**

هذا النوع من القلق أقرب إلي السواء، وهو قلق ينـتج عـن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة ويكون للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفـرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه أو أتباع أساليب دفاعية إزاءه.

ويلاحظ أن هذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي فـي البيئـة الخارجية يدركه الأنا علي نحو مهدد، ولهذا فإن هذا القلـق أقـرب إلـي الخوف من حيث أن كليهما يثار بفعل موضوع خارجي في البيئة ومحـدد نسبيًا. وهو يشبه كذلك ما اسماه "سبيلبرجر (1972) Spilberger" بحالة القلق Anxiety، لأنه من المتوقع من أي فرد أنه عنـدما يـدرك أحـد الموضوعات البيئية باعتباره موضوعًا مُهَدِدًا أو خطراً فإنه يستجيب لذلك بدرجة من القلق. (علاء الدين كفافي:1999)

2- القلق العصابي: **Neurotic Anxiety**

وهو نوع من القلق ينشأ عند الفرد دون أن يعرف له سببًا محـددًا وهو يتسم بالغموض. وقد كان فرويد في حديثة عن هذا النوع من القلـق غامضًا فقد أدعي فرويد في أول الأمر أن القلق ينشأ عن كبت الرغبـات الجنسية في اللاشعور. مما يؤدي إلى إثارة منطقة لحاء المخ فيشعر الفرد بالقلق، وبذلك جعل مصدر القلق فسيولوجيًا لا نفسيًا. ولكنـه عـدل عـن ذلك وحاول تفسير هذا النوع من القلق بأنه ينشأ نتيجـة تهديـد (الهـي) لدفاعات (الأنا) عند. محاولة إشباع نزعاتها الغريزية التي لا يوافق عليها المجتمع. وفي هذه الحالة فإن (الأنا) لابد أن تدافع عن نفسها. وغالبًا مـا

تلجأ إلى بعض الحيل الدفاعية كالإسقاط والتبرير والنكوص .ولكن هــذه الحيل لا تؤدي إلى راحة دائمة وإنما تؤدي إلى راحة مؤقتة؛ لأنها تقــوم على تشويه الواقع. لذلك تنطلق إنذارات أخرى من قبل (الهي) وعندها قد تعجز (الأنا) عن إيجاد طرق أخرى لرد هذه النزعات الغريزيــة، فيــشتد القلق وقد يعاني الفرد من بعض الاضطرابات السلوكية. وقد لاحظ فرويد أن هذا النوع من القلق العصابي يأخذ أشكالاً ثلاثة هي :

### أ- قلق عام: General Anxiety

وهو لا يرتبط بموضوع معين بل يشعر الفــرد بخــوف غــامض ويتوقع الشر في أي موقف، ويميل للتشاؤم (محمد الطحان، 1996: 229) وبذلك يتجنب الفرد كثيرًا من المواقف، ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء، ويستنفذ جزءًا كبيرًا من طاقته في تعزيز دفاعاته، وبــالطبع فــإن الفــرد ينسب إلى هذه الموضوعات الخارجية في الموقف صفات التهديد والخطر، مع أن الخطر والتهديد ينبعثان من داخله. (علاء الدين كفافي،1999 )

### ب- قلق المخاوف المرضية:

ويُشاهد النوع الثاني من القلق في المخاوف المرضية كالخوف مــن الحيوانات أو من الأماكن الواسعة، أو المرتفعة، أو من الأماكن المغلقــة- وهي مخاوف تبدو غير معقولة ولا يستطيع المريض أن يفــسر معناهــا بالرغم من شعور المريض بغرابتها إلا أنه لا يستطيع الــتخلص منهــا. ويختلف هذا النوع من القلق عن النوع الأول وهو القلق العــام أو الهــائم الطليق فهو حالة من الخوف الغامض الذي لا يتعلق بشيء معين، ويختلف قلق المخاوف المرضية عن القلق الموضــوعي، مــن حيــث أن القلــق الموضوعي خوف من خطر خارجي حقيقي، وهو يبدو خوفًا معقولاً، وهو

يشاهد عند جميع الأشخاص الأسوياء، أما قلق المخاوف المرضية فليس هو خوفًا معقولاً، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفًا شائعًا بين جميع الناس. (سيجموند فرويد ، 1989)

### ج- قلق الهستيريا:

يُشاهد هذا النوع من القلق العصابي في الهستيريا، ويبدو القلق في الهستيريا واضحًا أحيانا، وفي بعض الأحيان يبدو غير واضح، ونحن لا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطر معيناً يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا، ويرى فرويد أن الأمراض الهستيرية مثل: الرعشة والإغماء واضطراب خفقان القلب وصعوبة التنفس إنما تحل محل القلق، وبذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح، وينسب فرويد إلى هذه الأمراض الهستيرية التي يسميها "معادلات القلق" نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلى القلق في الأمراض العصابية الأخرى التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة. (سيجموند فرويد, 1989:)

### 3- القلق الخلقي: Moral Anxiety

وهذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم "الأنا الأعلى" "للأنا" عندما يأتي الفرد أو يفكر في الآتيان بسلوك يتعارض مع القيم والمعايير التي يمثلها جهاز "الأنا الأعلى" أي أن هذا النوع يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات "الهي" الغريزية، ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصبة، كعصاب الوسواس القهري، الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة للانا الأعلى، ويخاف أكثر ما يخاف من ضميره القاسي فالأطفال الذين يعيشون في ظل

أساليب والديهم والتي تتسم باللوم والتأنيب والسخرية والمقارنة في غير صالح الطفل أو مختلف الأساليب التي من شأنها أن تثير الألم النفسي وتزرع الإحساس بالدونية والنقص هم الذين يعانون من "الأنا الأعلى المتزمت"، وهم الذين يكونون عرضة لهذا النوع من القلق. كما تتسم تربية الأفراد ذوى "الأنا الأعلى" الصارم بطابع الصرامة والتشدد أكثر مما تتسم بطابع التسامح واللين، وتنشد هذه التربية المستويات العاليةِ والمثالية من السلوك أكثر مما تتعامل مع المستويات الواقعة السائدة، وتلجأ إلى الحساب الشديد عند مخالفة القواعد بدلاً من التفهم وتقدير الظروف. (علاء الدين كفافي، 1999)

### تفسير القلق وفقاً لنظرية فرويد الأولى:

حاول فرويد أن يفهم معني القلق العصابي، وحاول أن يصل إلى تفسير معقول يستطيع أن يفسر به جميع أنواع القلق العصابي التي تم التحدث عنها مسبقاً فقد ارتبطت تفسيرات فرويد في نظريته الأولى للقلق على أساس علاقة القلق بالحرمان الجنسي، المخاوف المرضية، والهستيريا، والعصاب القهري، وفيما يلي نلخص أهم ملاحظات فرويد في هذا الموضوع.

### القلق والحرمان الجنسي:

لاحظ فرويد وجود علاقة وثيقة بين القلق وبين الحرمان الجنسي، فقد شاهد مرضاه الذين يشكون من القلق يشكون أيضًا من الإحباط أو الحرمان الجنسي، أو من وجود عوائق معينة تمنع من تفريغ تهيجهم الجنسي، أو إشباعه إشباعًا كاملاً، ويرى أنه حينما تمنَع الرغبة الجنسية من اتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ والإشباع فإن الطاقة النفسية المتعلقة

بالدافع الجنسي "الليبدو" تتحول إلى قلق، ويتم هذا التحول في رأى فرويد بطريقة فسيولوجية. (سيجموند فرويد ، 1989)

**القلق والهستيريا:**

لاحظ "فرويد" أن القلق كثيرًا ما يصاحب ظهور الأعراض الهستيرية وأن المريض المصاب بالهستيريا لا يستطيع أن يبين حقيقة الأشياء التي يخافها. وغالبًا ما يحاول تفسير خوفه بإرجاعه إلى بعض المخاوف المرضية مثل الخوف من الجنون أو الخوف من الموت، وبين فرويد أن تحليل هذه الأعراض الهستيرية يدل على وجود عملية عقلية وهي في الغالب جنسية، أي كبتت في اللاشعور، وأن الحالة الوجدانية التي كانت مصاحبة لهذه العملية العقلية قد تحولت إلى قلق. (محمد أحمد غالي، جابر أبو علام, 1974)

**مخاوف الأ ـفال:**

يشاهد هذا النوع من القلق عند الأطفال في بعض المظاهر المرضية، منها الخوف من الوحدة والخوف من الظلام والخوف من الغرباء، وقدم فرويد تحليل لهذه المخاوف وبين أنها ليست قلقًا موضوعيًا، أي أنها ليست خوفًا من خطر خارجي معين، وإنما يفُسر الخوف في هذه الحالة بأن الطفل يشعر بشوق شديد نحو الأم، وبما أن هذا الشوق لم يشبع فإنه يتحول إلى قلق، وينتهي فرويد من دراسته لمخاوف الأطفال إلى أن هناك وجه شبه بين مخاوف الأطفال وبين القلق العصابي الذي يشاهد عن العصابيين، فكل من مخاوف الأطفال وحالات القلق العصابي إنما تنشأ من الرغبة الغريزية " الليبدو" التي لم تشبع، بمعني أن كبت الرغبة الغريزية

وإحباطها ومنعها من التفريغ هو العامل الأساسي لظهور القلق العصابي ومخاوف الأطفال. (سيجموند فرويد ، 1989 )

**المخاوف المرضية :**

يرى فرويد أن الكبت هو المسئول عن المخاوف المرضية، فالرغبة الجنسية التي لم تشبع تتحول إلى قلق، ويميز فرويد بين مرحلتين في تكوين الخوف المرضي، ففي المرحلة الأولي يحدث كبت الرغبة الجنسية، وتتحول هذه الرغبة إلى قلق، ثم يرتبط القلق بخطر خارجي معين. وفي المرحلة الثانية تنشأ بعض الاحتياطات ووسائل الدفاع التي تعمل على تجنب الاتصال بالخطر الخارجي. والكبت في الأصل هو عبارة عن محاولة للهرب من خطر الليبدو، والمخاوف المرضية عبارة عن وسائل للدفاع ضد الخطر الخارجي الذي يمثل الخطر الصادر عن "الليبدو"، أي إنها وسائل كفاية لتجنب الشعور بالقلق. (المرجع السابق، 1989)

**القلق و العصاب القهري :**

لاحظ فرويد أن المرضي المصابين بالعصاب القهري يشعرون بقلق شديد عند منعهم من القيام بأعمالهم وحركاتهم القهرية، مثل غسيل اليدين أو تحريك الرأس، وهم لا يستطيعون تجنب هذا القلق إلا باستئناف القيام بهذه الحركات القهرية، ولاحظ أن هذه الحركات القهرية تقوم بإخفاء القلق، وإن المرضى يقومون بهذه الحركات لكي يتجنبوا الشعور بالقلق، فالأغراض في العصاب القهري قد حلت محل القلق، ويرى فرويد أن الدافع المكبوت في العصاب القهري هو الدافع الجنسي. (المرجع السابق، 1989)

## تفسير نظرية فرويد الثانية للقلق:

أما في نظريته الثانية فقد طور فرويد خلال هذه النظرية بعضًا من آرائه المرتبطة بالقلق، وذلك من خلال تعديل مفهوم العلاقة بين القلق الموضوعي والقلق العصابي، وقد استطاع أن يجد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالة خطر، فالقلق الموضوعي رد فعل لخطر خارجي معروف، أما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي.

**ويلخص فرويد رأيه في العلاقة بين القلق الموضوع والقلق العصابي فيما يلي:-**

إن التقدم الذي أحرزناه هو تجاوز حالات القلق إلى حالات الخطر التي يكمن وراءها. وإذا فعلنا نفس الشيء مع القلق الموضوعي لما وجدنا صعوبة في حل المشكلة. فالخطر الموضوعي خطر معروف، والقلق العصابي حول خطر غير معروف، فالخطر العصابي إذن يجب أن يعرف وقد بين التحليل أنه خطر غريزي وقد توصل فرويد إلى هذه النتيجة من تحليله لبعض حالات من المخاوف المرضية مثل الطفل هانز الذي كان يخشى الخروج إلى الشارع خوفًا من أن تعضه الخيول، ومن خلال تحليله لهذه الحالة وغيرها من الحالات المرضية الأخرى توصل إلى وجود رغبة جنسية غير مقبولة، وخوف من العقاب هو عبارة عن الخوف من الخصاء وقد أبدل هذا الخوف من الخصاء وحل محله الخوف المرضي..

**وقد اعتبر فرويد أن القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس ويحدث ذلك كما يلي:-**

تشعر "الأنا" أن الإشباع مطلب غريزي ليس من شأنه أن يثير أحد مواقف الخطر التي يتذكرها جيدًا. لذا يتحتم عليها أن تقمع هذه الشحنة

الغريزية وأن تزيلها، والأنا تفلح في ذلك إذا كانت قوية. أما في حالة الكبت فالنزعة لا تزال تنتمي إلى (الهو) وتشعر (الأنا) بالعجز والضعف فتلجأ إلى أسلوب التفكير العادي وذلك بهدف استخدام قدر من طاقة التفكير، ومن هنا فإن (الأنا) تسبق إشباع النزعة المريبة وتعينها على استعادة المشاعر الأليمة التي ترتبط ببداية موقف الخطر المخوف، وعندئذ ينشط مبدأ اللذة والألم نشاطًا آليًا ويقوم بكبت النزعة والخطر. (سيجموند فرويد ، 1990 )

كما يرى فرويد أن الأخطار التي تثير القلق تختلف باختلاف مراحل الحياة، فالعجز النفسي وعدم القدرة على السيطرة على التنبيهات الشديدة التي يتعرض لها الطفل هو العامل الذي يثير القلق في المرحلة الأولي من الحياة، وخطر فقدان الأم أو فقدان حبها هو الذي يثير القلق أثناء الطفولة المبكرة حينما يكون الطفل لا زال معتمدًا على والديه. وخطر الخصاء هو الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية من مراحل النمو النفسي. والخوف من الأنا الأعلى هو الذي يثير القلق في مرحلة الكمون.

(سيجموند فرويد 1989)

وبهذا التصور الذي عدل فرويد فيه عن رأيه القديم في القلق والذي كان يرى في أن القلق العصابي ينشأ من تحول الليبدو، تبين أن القلق العصابي هو رد فعل لخطر غريزي داخلي وما تؤدي إليه الرغبات الغريزية من أخطار خارجية.

**تفسير أتو رانك Otto Rank للقلق:**

لقد بدأ رانك Rank تفسيره للقلق من واقع خبرة الانفصال التي يمر بها الفرد عبر مراحل حياته المختلفة، فصدمة الميلاد وما تؤديه من

آلام الانفصال عن الأم وعن تلك المرحلة التي كان ينعم فيها الطفل بالسعادة، هي أهم الخبرات التي يمر بها الطفل في حياته والتي تستثير فيه أشد حالات القلق والاضطراب، وقد سمى رانك Rank هذا القلق الذي تثيره صدمة الميلاد بالقلق الأوّلي، ويستمر هذا القلق مع الإنسان فيما بعد، وتأخذ أجزاء منه في الانسياب طوال حياته (محمد أحمد غالي، ورجاء أبو علام، 1974 ) كما يفسر رانك Rank جميع حالات القلق التالية على أساس قلق الميلاد، فهي عبارة عن تنفيس أو تفريغ لانفعال القلق الأوّلي، والانفصال عن الأم هو الصدمة الأوّلي التي تثير القلق الأولي، ويصبح كل انفصال فيما بعد -من أي نوع كان- مسببًا لظهور القلق، فالفطام يثير القلق، لأنه يتضمن انفصالاً عن حضن الأم. والذهاب إلى المدرسة يثير القلق، لأنه يتضمن انفصالاً عن ثدي الأم. والزواج يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن حياة الأسرة، فالقلق إذن في رأي رانكRank هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة.

كما يذهب رانك Rank إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته، وهما خوف الحياة وخوف الموت، وخوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي، ويظهر هذا القلق عند احتمال حدوث أي نشاط ذاتي للفرد، وعندما يتجه الفرد بإمكانياته نحو إيجاد ابتكارات جديدة، أو العمل على إيجاد تغييرات جديدة في شخصيته، أو عندما يريد الفرد أن يكونّ علاقات جديدة مع الناس، ويظهر القلق في هذه الحالات؛ لأن تحقيق هذه الإمكانات يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه السابقة، وخوف الموت على عكس خوف الحياة، هو قلق من التأخر وفقدان الفردية إنه خوف من أن يضيع

في المجموع، أو خوف من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير.

ويعتقد رانك Rank أن كل فرد يشعر بهذين القلقين، وهو دائم التردد بينهما، فأحيانا يشعر بقلق الحياة، وأحيانًا يشعر بقلق الموت، والشخص العصابي في رأي رانك Rank هو الشخص الذي لا يستطيع أن يحفظ التوازن بين هذين القلقين، فقلقه من النشاط الذاتي المستقل يمنعه من إثبات إمكاناته، وقلقه من الاعتماد على الغير يجعله عاجزًا عن مودة الناس وحبهم وصداقتهم. (سيجموند فرويد ، 1989)

وعلى هذا الأساس يفسر رانك Rank القلق في حياة أي فرد على أساس صدمة الميلاد حيث يصبح كل انفصال يتعرض له الفرد فيما بعد سببا لظهور القلق.

**تفسير كارن هورني للقلق: Karen Horney**

تعتقد هورني أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغير نحو الأفضل، فهي تعتبر من العلماء المتفائلين بقدرات وإمكانات الإنسان نحو التقدم والارتقاء، وتعتقد هورني أن الثقافة من شأنها أن تخلق قدرًا كبيرًا من القلق في الفرد الذي يعيش في هذه الثقافة، والنظرية الاجتماعية لهورني أظهرت مفهومًا أوليًا عندها، ونعني به مفهوم القلق الأساسي Basic Anxiety، وقد عَّرفت هورني القلق الأساسي بقولها: (إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

**1- الشعور بالعجز.**

**2- الشعور بالعداوة.**

**3- الشعور بالعزلة.**

**كما تعتقد أن القلق ينشأ من العناصر التالية:**

أ- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتفككها وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ في المنزل وهو يعتبر أهم مصدر من مصادر القلق.

ب- المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة وطيدة بنشأة القلق، فنوع العلاقة بين الوالدين عامة والأم خاصة، لها انعكاس على ظهور حالات القلق عنده، وهذا ما ذهب إليه (فولبة) حين بين أن علاقة الطفل بأمه علاقة مترابطة متسقة، وهي هامة لشعور الطفل بالأمن والطمأنينة، وأن كثيراً من المشكلات التي يظهرها الطفل في مستقبل حياته ترجع -إلى حد كبير- إلى حرمانه من الدفء العاطفي بين الطفل وأمه في طفولته المبكرة.

ج- البيئة التي يعيش فيها الطفل تسهم إسهامًا إيجابيًا في نشأة القلق عنده؛ لما بها من تعقيدات ومتناقضات، وتؤكد أبحاث فيلد (Field 1961) أن رفض الآباء للطفل يمنعه من النمو السليم ويؤدي به غالبًا إلى أنواع من الاضطرابات السلوكية، فالقلق في نظر هورني يرجع بصورة أساسية إلى علاقة الفرد بالآخرين ويزداد هذا مع الزمن بسبب ما يسود المجتمع من تعقيد في القيم الثقافية بل ومن تناقض بينها. (فاروق السيد عثمان، 2001 )

وتتفق "هورني" مع وجهة نظر فرويد في تعريف كل من القلق والخوف بأنه رد فعل انفعالي للخطر، وهي ترى أن هناك اختلافًا بين القلق والخوف، فالخوف رد فعل لخطر معروف وواقعي، أما القلق فهو رد

فعل لخطر غامض غير معروف، وفي حالة الخوف يكون الخطر خارجيًا، أما في حالة القلق فيكون الخطر ذاتيًا أو متوهمًا، وتهتم كارن هورني بهذا العامل الذاتي المصاحب للقلق والذي يميزه عن الخوف، وهي ترى أن هذا العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محدق به مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر. وهي ترى أيضًا أن بعض العوامل النفسية الداخلية تقوم بخلق الخطر أو تقوم بتعظيمه، وأن شعور الفرد بالعجز يكون متوقفًا على اتجاه الفرد نفسه، ولذلك ترى هورني أن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الفرد.

أما الاختلاف بين فرويد وهورني، فيكمن في أن فرويد صب جُل اهتمامه على الدوافع الجنسية والعدوانية، ورأى فيها عوامل الخطر التي تهدد "الأنا"، أما هورني فقد اهتمت بالدوافع العدوانية أكثر من اهتمامها بالدوافع الجنسية، ورأت في شدة الدافع العدواني أهم مصدر للخطر الذي يثير القلق في الأمراض العصابية، وتختلف أيضًا عن فرويد في نقطة أخرى. فهي ترى أن الخطر الذي يثير القلق ليس كما يعتقد فرويد مجرد زيادة التنبيه وشدة الإثارة الصادرة عن دافع العدوان، وإنما هو خوف الفرد من توجيه هذا العدوان إلى الأشخاص الذين لهم أهمية عنده والذين يعتمد عليهم ويحبهم؛ وذلك لأن توجيه العدوان إلى هؤلاء الأشخاص سيؤدي إلى قطع علاقته بهم وهو أمر لا يستطيع الفرد احتماله، ولذلك يكبت الطفل عادة دوافعه العدوانية، تظهر هذه الدوافع العدوانية فيما بعد في الخيالات وفي الأحلام وكثيرًا ما يسقطها الفرد على أشياء أخرى خارجية. وتسمي هورني القلق الذي يسبب العصاب بالقلق الأساسي، وهو أساسي من ناحيتين. الأولى لأنه أساس العصاب، والثانية لأنه ينشأ في المرحلة الأولى من الحياة نتيجة اضطراب العلاقة بين الطفل وبين والديه. (سيجموند فرويد ، 1983 )

كما ترى هورني أن السلوك الإنساني السوي يُستمد من الشعور بالطمأنينة، وأن أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد على الوصول إلى حالة الطمأنينة، والتي ترجع إلى علاقته مع والديه وهذا يؤدي إلى تكوين نظره عدائية للعالم باعتباره عدوًا مهددًا له. (سهام أبو عطية، 1988)

**تفسير هاري سوليفان للقلق: Harry Sullivan**

يعتقد سوليفان أن شخصية الطفل تتكون من خلال التفاعل الدينامي مع البيئة المحيطة به، فتربية الطفل وتعليمه تؤدي إلى إكسابه بعض العادات السلوكية التي يستحسنها الوالدان،

والتي تثير في نفس الطفل الرضا والطمأنينة. ويرى سوليفان أن القلق هو حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة عدم الاستحسان في العلاقات البينشخصية. (الديناميات والتسجيدات الشخصية) ويعتقد أن القلق حين يكون موجودًا لدى الأم تنعكس آثاره على الوليد، لأنه يستحث القلق من خلال الارتباط العاطفي بين الأم ووليدها، ويذهب سوليفان إلى أن هدف الإنسان هو خفض هذا التوتر الذي يهدد أمنه. وتنشأ التوترات من مصدرين: توترات ناشئة عن حاجات عضوية، وتوترات تنشأ عن مشاعر القلق، وخفض التوترات الناشئة عن القلق يعتبر من العمليات الهامة في نظرية سوليفان والتي أطلق عليها مبدأ القلق والقلق في نظر سوليفان هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد. والقلق بنّاء وهدام في الوقت نفسه، فالقلق البسيط يمكن أن يغير الإنسان ويبعده عن الخطر، أما القلق الشامل الكلي فإنه يؤدي إلى اضطراب كامل في الشخصية، ويجعل الشخص عاجز عن التفكير السليم أو القيام بأي عمل عقلي.

(فاروق السيد عثمان، 2001 )

## تفسير إيرك فروم للقلق: Erick Fromm

يعتبر فروم من علماء النفس الذين أُعجبوا بعلم الأنثروبولوجيا الاجتماعية واستفاد من نتائجه في تفسيره للظواهر النفسية، ومن هنا كان اعتراضه على بعض تفسيرات "فرويد" البيولوجية شأنه شأن "كارن هورني" ويرى فروم أن الإنسان في مسيرة حياته الطويلة في ظل المجتمع يُكَوِّن حاجاته النفسية، ولا يمكن فهم سيكولوجية الفرد إلا بفهم هذه الحاجات. ومن هذه الحاجات حاجة الفرد إلى الانتماء، وإلى إثبات هويته الفردية، وإلى أن يكون خلّاقاً، ويرى "فروم" أن على المجتمع أن يعمل على تمكين الفرد من إشباع هذه الحاجات.

ويوافق فروم على كثير من ملاحظات "فرويد" للظواهر المتعلقة بالتطور الجنسي للفرد، ولكنه يختلف معه في التفسير البيولوجي الجامد الذي قدمه لحدوث هذه الظواهر، ويعتمد "فروم" في هذا الاختلاف على نتائج البحوث الأنثروبولوجية التي أوضحتْ أن هذا التطور في كثير من المجتمعات البدائية لا يسير على نفس النحو الشائع الذي وصفه "فرويد"، وينتهي "فروم" إلى القول بأن القوى الاجتماعية هي التي تقف وراء كثير من الظواهر التي تظن أنها بيولوجية. ويعتبر "فروم" أن الأسرة، ومن ورائها المجتمع، مسئولة عن التنشئة السليمة للفرد. والصحة النفسية للفرد رهن بتوفير معاملة متوازنة مشبعة بالحب والاحترام والحنان في الأسرة. أما إذا تعرض الطفل لأساليب خاطئة أو مغالية في التربية فإنه يشعر بالوحدة والعجز والاغتراب. ولكي يواجه الطفل هذه المشاعر فإنه يتجه إلى المسايرة الآلية للمجتمع متنازلاً عن فرديته، وقد ينزع إلى التدمير والهدم، وقد يتشبث بالسلوك التسلطي. (علاء الدين كفافي، 1999)

ويقف إيريك فروم (Erick Fromm ) عند اعتماد الطفــل علــى والديه من جهة، ونزوعه إلى الاستقلال من جهة أخرى، في فهم أصــول القلق، فالطفل يقضي فترة غير قصيرة من الزمن معتمدًا على أمه. وهــو يعتمد عليها في غذائه وأمنه وتنقله، وتقود هذه الفترة من الاعتماد عليهــا إلى الارتباط بقيود أولية. ولكن اعتماده على أمه ووالده كذلك يــوفر لـــه الأمن والطمأنينة، أما مواجهة العالم مستقلاً فتكشف له عن عجزه، وتولــد القلق لديه، ويكون القلق الأول وليد شعور الطفل بعجزه أمام ظروف العالم الخارجي حتى ينزع إلى الاستقلال والانفراد.

وبالتالي لا يقف فروم عند هذا الحد بل يضيف عاملاً آخر هو مــن بين العوامل التي ذكرتها هورني، فالطفل الذي يريد إنجاز أعماله مستقلاً عن والديه يقَابل أحياناً بعدم الاستحسان والنقد القاسي من الأب، أو مــن الأم، أو من مجتمع غير واعٍ لإمكانات الطفل، وبالتالي يلاحظ ميل الطفل إلى كبت رغباته والامتناع عن بعض ما يريد فعله، ويكون ذلك مــصدرًا لقلقه، ويصبح في حالة صراع بين ما يريد إنجــازه وبــين تحمــل نقــد الآخرين، ويقود الصراع أحياناً إلى السكوت على ما يريد، ويعنــي ذلــك إحباطًا لديه، والصراع نفسه يقوده إلى القلق. وتكثر هذه الحالات، وتنمــو رغباته كما ينمو نزوعه إلى الاستقلال ويعني ذلك أن الاستعداد للقلق أمام ظروف متصارعة يصبح متمكناً منه وقويًا لديه.(نعيم الرفاعي، 2001 )

**تفسير المدرسة السلوكية للقلق:**

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئــة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتــدعيم الــسلبي، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثيــر جديــد بــالمثير

الأصلي، ويصبح هذا المثير الجديد قادرًا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. وهذا يعني أن مثيرًا محايدًا يمكن أن يرتبط بمثير آخـــر من طبيعته أن يثير الخوف. وبذلك يكتسب المثير المحايد صـــفة المثيـــر المخيف ويصبح قادرًا على استدعاء استجابة الخوف، مع أنه في طبيعتـــه الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور وعندما ينسى الفرد هذه العلاقـــة نجـــده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الـــذي يقـــوم بـــدور المثيـــر الشرطي. ولما كان هذا الموضوع لا يثير طبيعة الخـــوف فـــإن الفـــرد يستشعر هذا الخوف المبهم، الذي هو القلق.

(علاء الدين كفافي، 1997)

تعتبر الشخصية في نظر علماء المدرسة السلوكية عبارة عن تنظيم من عادات معينة، يكتسبها الفرد أثناء نشأته، ورغم ما يوجد من اختلافات جوهرية بين المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي، إلا أنهما يشتركان في الرأي القائل بأن القلق يرتبط بماضي الإنسان، وما واجهه أثناء هـــذا الماضي من خبرات، وهما تتفقان أيضًا في أن الخوف والقلـــق كلاهمـــا استجابة انفعاليه من نوع واحد، وأن الاختلاف بين الاثنين يكمن فـــي أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلـــق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد، أي أن الفرد ليس واعيًا بمـــا يثيـــره القلق.

فالسلوكيون يعتبرون القلق بمثابة "استجابة خوف تستثار بمثيـــرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة" فالخوف والقلق، استجابة انفعاليـــة واحدة، فإذا أثيرت هذه الاستجابة عن طريق مثير مـــن شـــأنه أن يثيـــر الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوف، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثيـــر

ليس من طبيعته أن يثير الخوف، فهذه الاستجابة قلق والـــذي يحـــدث أن المثير المحايد مثير ليس من شأنه إثارة هذه الاستجابة، أي أن القلـــق إذن استجابة خوف اشتراطية والفرد غير واعٍ بالمثير الطبيعي لها. فاســـتجابة القلق إذن استجابة اشتراطية كلاسيكية تخضع لقوانين التعلم التي يتحـــدث عنها الاشتراطيون، ويعتبر حدوث هذه الاستجابة أمـــرًا طبيعيًـــا، إلا إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون باستجابة القلـــق، أو إذا بلـــغ الفرق بين شدة استجابة القلق عند فرد معين في موقف معين وشدتها عند الآخرين، قدراً كبيراً، حيث تعتبر في هاتين الحالتين اســـتجابة مرضـــية، وليس هناك فرق بين استجابة القلق الطبيعية، واستجابة القلق المرضية من حيث التكوين والنشأة، فكلاهما استجابة. (عبد السلام عبد الغفار، 1990)

يرى (دولارد وميلر) (Miller & Dollard ) بأن القلق ينشأ مـــن عملية التعلم والاكتساب، ويقوم المبدأ الأساسي للنظرية على التسليم بـــأن السلوك الإنساني أيًا كان هو سلوك مكتسب تحت شروط معينـــة، والقلـــق كسلوك مكتسب ينظر إليه (دولارد وميلر) من خلال علاقته بعملية الـــتعلّم وأثره عليها، فقد طبّق كل من (دولارد وميلر) مفاهيمها الأساسية في التعلم على كيفية اكتساب القلق والخوف، فهما يعتبران أن الخوف دافعًا مكتسبًا، أي دافعًا ثانويًا مشتقًا من الألم، فالإنسان يتعلم مخاوفه وقلقه عن طريـــق الارتباط بين المثيرات، وبناء على ذلك يمكن تطبيق مبادئ الـــتعلم علـــى تعلم الخوف، فشدة الدافع "الألم" أثناء عملية التعلم تزيد من شدة الخـــوف وتزيد من سرعة عملية التعلم، فكلما تكررت عملية التدعيم كلما ساعد ذلك على تقوية الدافع المكتسب "الخوف" وكذلك بتطبيق مبدأ تـــدرج التـــدعيم، ومبدأ التعميم في تعلم الخوف تكون أقرب المثيرات لعملية التدعيم أشـــدها إثارة للخوف، كما أن استجابة الخوف تعمم على المثيرات المشابه لتلـــك

التي تعلم الكائن أن يخاف منها أو أكثرها شبهًا بها هي التي تكون أشـــدها إثارة لدافع الخوف، ويرجع اهتمام (دولارد وميلر) بدافع الخوف إلى كونه مركبًا أساسيا في الصراع اللاشعوري الذي يعتبـر أســاس الاضــطراب النفسي؛ ذلك أنه أثناء عقاب الطفل على الاستجابات المحرمة التي يحاول أن يخفض بها دوافعه الأولية، فإنه يكتسب دافع الخوف نتيجة لارتباط هذه الاستجابات بالألم الناتج عن العقاب، فيـصبح الخـوف مرتبطًـا بهـذه الاستجابات، وكذلك بالدافع إليها، ومن ثم يقع الإنسان في صـراع كلمـا أُستثير أحدُ هذه الدوافع على شكل صراع بين الـدافع الأصـلي وبـين **الخوف المرتبط بإشباع هذا الدافع على هيئة واحـدة مـن الـصراعات الثلاثة الآتية:**

1- صراع الإقدام والإحجام .

2- صراع الإقدام والإقدام.

3- صراع الإحجام والإحجام. (محمد أبو غالي، رجاء أبو علام 1974 )

كما يري (دولارد وميلر) أن الطفل يتعلم أنواع الصراع في بداية حياته الأولى، وذلك على مستوى اللاشعور، وهذا مما يجعـل للعمليـات اللاشعورية أهميتها في تكوين الخوف والقلق، حيث أن (دولارد وميلـر) يقصدان بالعمليات اللاشعورية مثيرات لا شعورية، لا يستطيع الشخص أن يعبر عنها تعبيراً لفظياً، وبالتالي لا يمكن تحديدها، وتشمل بعـض هـذه العمليات اللاشعورية الدوافع والمثيرات والاستجابة التي تعلمها الطفل قبل أن يتعلم الكلام، ولذلك بقيت دون أن تكتسب رمزاً لغوياً يحددها. والبعض الأخر من العمليات اللاشعورية كانت في وقت ما مثيـرات أو دوافـع أو استجابات شعورية، وعن طريق الكبت أصبحت لا شعورية. كمـا يـرى (دولارد وميلر) أن الكبت عملية تجنب أو استبعاد لبعض الأفكار، فالكبت

استجابة متعلمة، فالشخص يتعلمها بنفس الطريقة التي يتعلم غيرهـــا مـــن الاستجابات، إذ أن هناك العديد من الأفكار والذكريات مـــا هـــو مـــرتبط بمواقف أو مثيرات مؤلمة، فالكبت يؤدي إلي خفض التوتر الناجم عنهـــا، ومن ثم يتم تدعيم استجابة الكبت. ويرى أيضًا (دولارد وميلر) أن الخوف غير محدد المصدر وهو خوف لا شعوري، وهو ما يطلق عليـــه القلـــق، فعملية الكبت هي التي تجعل من الصعب تحديد مصدره، وبالتالي يـــساعد هذا الكبت علي التخلص من هذه المخاوف، ولكن هذا التخلص غير كامل مما يجعل عملية الكبت غير ناضجة، وأنها تؤدي إلي خفض التوتر وقتيًا ولكنها لا تؤدي إلي إزالته بشكل دائم، بل تؤدي إلـــي زيادتـــه مـــستقبلاً، فالشخص كلما جهل العوامل المسببة للقلق كلما قلت قدرته علـــي الـــتحكم فيه، ولذلك فقد يلجأ الإنسان إلي أسلوب من أساليب الـــسلوك العـــادي أو المرضي، ويحدث ذلك في أغلب الأحيان علي مستوى اللاشعور، ومـــن هذه الأساليب السلوكية التي تؤدي إلي التخفيف من حدة القلق بما يـــسمى بالحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والتقمص .... الـــخ مـــن الأســـاليب الدفاعية، وتعتبر هذه أساليب سلوكية متعلمة تدعمها الوظيفة التي تؤديهـــا من حيث خفض التوتر الناشئ عن القلق، وعن أساليب التربية الخاطئة . (William, 1988:)

كما يري فولبة (Wolpe) أن القلق هو المكون الرئيـــسي للـــسلوك العصابي، والذي يشير إلي أي عادة عنيدة من السلوك غير التوافقي يـــتم اكتسابها في كيان عضوي سوي من الناحية الفسيولوجية، ويري أن القلق هو المكون المركزي لهذا السلوك، إذ يكون دائمًا حاضرًا فـــي المواقـــف المسببة للمرض، ويتضح من ذلك أن صياغة "فولبة " عن العصاب تقـــوم علي التعلم، ولكنها تنطوي علي بعض الفروق الدقيقة عن وجهات النظـــر

التعليمية الأخرى، ثم يستطرد (فولبة) بعد ذلك في ذكر أمثلة للعادات غير التوافقية من قبيل المخاوف "الفوبيا" والاستجابات الحـصرية، فيـرى أن بعض الاستجابات تقلل من القلق، وبعضها الآخر يزيد منه، كما يـري أن مصدر القلق ينطوي علي علامات بيئية كالعواصف الرعدية، والأمـاكن المغلقة أو الأماكن المزدحمة، والصراع الناجم عن المثيرات التمييزيـة، كما تحَّدث عن أخطر أنواع القلق العصابي وهو القلق الهائم. (حسام الدين عزب، 1981 )

ومن هنا يتضح أن القلق من وجهة نظر علماء المدرسة الـسلوكية عبارة عن استجابات سلوكية متعلمه لخطر غامض أو رد فعـل شـرطي لمنبه مؤلم، ويعتمد السلوكيون في تفسيرهم للقلق علي مبادئ التعلم ولعـل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مـصدر القلق عند الفرد.

**تفسير النظرية المعرفية للقلق**

تقوم النظرية المعرفية لدي علمائها على مجموعة افتراضات تتركز حول الإمكانات التي يولد بها الفرد، والتي من خلالها يصبح منطقيًـا أولا منطقيًا، فنجد لديه من ناحية الميل إلى تحقيق الذات والاهتمام بـالآخرين، أو قد يصبح من ناحية أخرى مدمرًا لذاته، ويتهرب من المسئولية ويكـره الآخرين، وهذا يتوقف على الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفـسه وفـي العالم الخارجي، ويذهب "بيك" إلى أن العصابي بشكل عام يتميـز بتقييـد الانتباه، وتقلص الوعي والتجريد الانتقائي، والتشويه والتحريف . (محمـد سعفان، 2003 )

ويذكر حسين فايـد، (2001 ) أن النظريـات المعرفيـة ترجـع الاضطراب النفسي إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من

خلال خبراته وأفكاره، ويشار إلى العمليات المعرفية قصيرة المدى بالتوقعات Expectations وأساليب العزو Attributions والتقديرات Abraisals بينما يشار إلى العمليات المعرفية طويلة المدى بالاعتقادات، كما يرى علماء النظريات المعرفية إلى أن الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة والقلق خاصة، فيعتبر نموذج بيك أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرًا حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك، فجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم والاحتفاظ بمعلومات أخرى إيجابية.

**ويذهب بيك إلى أن الشخص المضطرب سلوكياً يتسم بما يلي:**

1. استدلال تعسفي أو خاطئ، أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كافي.
2. تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
3. المبالغة في التعميم أو استنتاج شامل من نقطة تافهة.
4. التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.
5. لوم الذات وهو إساءة تفسير الواقع وفقًا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.

كما يشير (عادل عبد الله، 2000 ) إلى أن النموذج المعرفي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآراءه ومُثله تعد، جميعًا أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه

الصحيح أو بسلوكه المرضي، وأن ما يكسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعًا في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته، ويعمل هذا النموذج العلاجي على حث المرضي على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. كما يقوم المعالج بمساعدة المريض في التعرف على تفكيره الشخصي، وفي تعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح له الفرص للتعرف على ما اكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرص لتصحيحها وتعديلها.

ويرى "بيك Beck" أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه. ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقًا من تلك المعاني التي يعطيها لها. وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد، بل من جانب نفس الفرد الواحد أيضًا في أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معني خاصًا، يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدي الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه فقد شيئاً ما له قيمته فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق.

كما تفسر نظرية بيك Beck المعرفية ذلك بأنه أنماط من التفكير المشوهة والخطأ في تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على

ذلك من تكوين مركبات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر القلق فتؤدى بالتالي إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه، بل إن (بيك) يذهب إلى أبعد من ذلك حين يصر على أن القلق مجرد عرض ولا يمثل العملية المرضية نفسها، شأنه الصراع أو ارتفاع درجة الحرارة، وأن المشكلة الأساسية في طريقة التفكير وليست في الانفعال ومنظوماته، ويلعب تقويم الشخص لخصائص الموقف دورًا جوهريًا في نشوء القلق، ويعتبر (لازاروس) هذا التقويم عملية معرفية رمزية محضة، لذلك يتصف تفكير من يعاني من القلق بالمبالغة في تقدير المؤثرات، وفقدان الموضوعية واختلال نظرته للأمور، وظهور الأفكار أو التخيلات التلقائية المزعجة والانتقاء المعرفي أو اختيار عناصر معينة من الموقف دون غيرها والتركيز عليها وتضخيمها. (عبد الله عمر الجوهي، 1999)

وبذلك نجد أن الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطئ لدى المريض يقوده إلى سلوك خاطئ، فوجود أفكار خاطئة لديه تتعلق بحياته وعلاقاته وتصوراته عن الحياة قد تقوده إلى سلوكيات خاطئة، مما يترتب على ذلك ظهور القلق الذي يوجد لديه. كما أن القلق يمكن تفسيره على أنه أسلوب لحياة الفرد الذي اختار لنفسه أهدافًا غير ممكنة التطبيق، ولا ترتبط بالواقع، كما أنه قد يفسر على أنه رد فعل لعدم قدرة الفرد على تحقيق أهدافه، أو شعوره بخيبة الأمل أو الفشل الذي يتعرض له الفرد عند محاولته تحقيق أهدافه غير الواقعية. (Charles, 1985)

كما يذكر بشير الرشيدي وآخرون (2001: 134- 138) أن تفسير النظرية المعرفية لاضطراب القلق هو التركيز على التأثيرات المعرفية، فهذه النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق للإشارات المنبهة بالخطر، ويؤدى بهم تفسير تلك

الخبرات بطريقة مهددة إلى تفاقم القلق الذي يئول بالتالي إلى تطور أعراض يستجيبون حيالها بمزيد من القلق، وترتكز التفسيرات المعرفية لاضطرابات القلق أساسا على إطار عام من المفاهيم و المبادئ التي تؤكد أن بعض الأفراد يبدون مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد، ويتضح ذلك تحديدًا في أن القلق يتطور لدى الأفراد في سياق بعض العمليات المعرفية التي يحددها المنحى المعرفي في تفسير اضطرابات القلق فيما يلي:-

**الانتباه الانتقائي** :- حينما ينتبه الأفراد للتهديدات المحيطة بهم بطريقة انتقائية، ويسمى (الانتباه الانتقائي) وهو أن بعض الأشخاص يتطور لديهم اضطراب القلق؛ لأنهم يركزون بقدر مفرط من الانتباه على المهددات التي تقلقهم، ومن ثم يرون مهددات أكثر مما يدركه الشخص الأخر، ويحدث الانتباه الانتقائي بوضوح حينما ترد معلومات إلى الذاكرة الحسية، ثم يفحصها الفرد ويقيمها، ويقرر أي المعلومات ينبغي أن ترسل إلى الذاكرة قصيرة المدى لمعالجتها وتشغيلها،

**التذكر الانتقائي** :- حينما يتذكر الأفراد التهديدات السابقة بطريقة انتقائية، ويسمى (التذكر الانتقائي) حيث يفترض علماء المدرسة المعرفية أن التذكر الانتقائي للخبرات التهديدية يسهم في تطور اضطرابات القلق، فالأفراد الذين يستدعون من ذاكرتهم تهديدات أكثر، يختزنون بالتالي أسبابًا أكثر تدعوهم للقلق. لذا يتوقع أن الأفراد القلقين يستدعون تهديدات أكثر من الأفراد غير القلقين ويعزي ذلك إلى سببين: أولاً: يحتمل أن يدرك الأفراد القلقين تهديدات أكثر. وثانيا: يحتمل أن هؤلاء الأفراد بسبب قلقهم تتطور لديهم شبكة ترابطية نشيطة تسود فيها التهديدات، ومن ثم فإنه من المحتمل أن تنشط الذكريات المتعلقة بالتهديد.

وفي الواقع نجد أن الانتباه والتذكر كثيرًا ما يتفاعلان ويؤديان إلى اضطراب الأداء المعرفي، فالانتباه الانتقائي والتذكر الانتقائي قد يشوهان نظرة الفرد، وبالتالي يفضيان إلى القلق. ولكن الانتباه والتذكر قد يؤديـــان أيضًا إلى تشتيت الفرد عن أداء المهام الأخرى موضع الاعتبـــار، وهـــذا التشتت يكون مسئولاً عن انخفاض الأداء المعرفي الـــذي يـــرتبط غالبًـــا بالقلق.

**سوء التفسير** :- حينما يفسرون المواقف المحايدة على أنها مواقف مهددة ويسمى هذا (بسوء التفسير) ويتصف الأشخاص القلقون بأنهم كثيرًا ما يسيئون تفسير المواقف المحايدة أو الغامضة على أنها مواقف مهـــددة، ويسهم سوء التفسير في تطور القلق.

**التوقعات الخاطئة**:- حينما يتوقعون بشكل خاطئ أمرًا سيئاً ويسمى (بالتوقعات الخاطئة) وقد تؤدي التوقعات الخاطئة -إضافة إلى ما ســـبق- إلى القلق، ففي حالات كثيرة يبدى الأفراد قلقًا غير مناسب وليس له مـــا يبرره في الواقع؛ وذلك لأنهم يتوقعون بطريقة غير صحيحة موقفًا يكـــون مهددًا لهم.

ويذكر (أرون بيك:2000) أن مريض القلق يلاحظ نفسه بسهولة أن به خللاً في التفكير الواقعي، وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميـــزة لمريض القلق **فيما يلي**:-

1- **تكرار الأفكار بشأن الخطر**: فمريض القلق هو دائمًا في قبضة أفكـــار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة).

2- **عدم القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة**، فالمريض المصاب بـــالقلق يشك في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضـــوعي

وإعادة التقييم معاقة، ومهما بلغ هذا الشك فإن الراجح عنده تظل في صف هذه الأفكار.

3- **تعميم المؤثر:** ويتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدركه بوصفه خطرًا. وقد تفسر بعض خصائص القلق مثل تعثر الكلام وتعطل استدعاء الأحداث القريبة تفسيرًا سطحيًا. فيقال إنها ناتجة من انهيار التحكم الإرادي في تركيز الانتباه. ومن الخصائص الأخرى لاضطراب التفكير عند مرضى القلق ذلك النزوع إلى التهويل ورؤية كارثة في كل شيء. ففي إي موقف يتضمن قدرًا من السوء فأن المريض ينكب على أسوأ ما يمكن تصوره من عواقب لهذا الموقف، ومن الصفات الأخرى صفة التهويل وهو أن يسوى المرء بين الغرض والحقيقة فيعتبر الموقف الذي ينطوي على بعض احتمالات الضرر موقفًا خطرًا بالفعل أو على درجة كبيرة من احتمالات الخطر.

**والقلق كما أوضح عبد الستار إبراهيم (1988 ) يرتبط بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:**

1- التطرف في الأحكام: فالأشياء إما بيضاء أو سوداء، أي أن الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق؛ لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تبعده من أسر الاستجابة العصابية.

2- ميل العصابيون إلى التصلب في أي مواجهة للمواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

3- تبني اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي، كالتسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلاً من الانفعالات.

4- يميلون للاعتماد على الأقوياء، ونماذج السلطة، وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص عاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

**تفسير المدرسة الإنسانية للقلق:**

يؤكد أصحاب الاتجاه الإنساني على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية مثل الإرادة والحرية والمسئولية والابتكار والقيم، وترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وكائن متميز عن الكائنات الأخرى. وكفرد يختلف عن بقية الأفراد، وعلى كل إنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود؛ لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه الإنسان في الحياة ولذا فإن كل ما يعوق محاولة الفرد لتحقيق الهدف يمكن أن يثير قلقه وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل. ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده، وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى، فإنه سيكون فريسة للقلق. (علاء الدين كفافي، 1997 )

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته.

ويـــذهب كـــل مـــن مـــاي May ‏(1962م)، وكولمـــان Collman(1972م) إلى القول بأن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الـــذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قـــد يحـــدث في أي

لحظة, لذلك فإن توقع فجائية حدوث الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. وحرص الإنسان على وجوده هو ما يثير قلقـــه, والمـــوت هـــو الصورة المطلقة للاوجود .

ويرى ثورن Thorn أن كلاً منا يحيا ومعه بيان تراكمي بعدد مـــرات فشله وعدد مرات نجاحه في الحياة فإذا انخفضت نسبة نجاح الفـــرد عـــن (50%) ازداد قلقه. كما يعتبر فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفـــشله فـــي اختيار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحيـــاة التي هو يريدها مثيرًا لقلقه. ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقـــد بعـــضًا مـــن طاقاته وقدراته نتيجة لاعتلال في الصحة, أو إصابته بمرض لا شفاء منه, أو إذا تقدم به السن. حيث يعني ذلك انخفاض عدد الفرص المتاحة أمامـــه وانخفاض نسبة النجاح في المستقبل. (عبد السلام عبد الغفار, 1990)

**تفسير النظرية الفسيولوجية للقلق:**

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيـــادة نـــشاط الجهـــاز العـــصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراســـمبثاوي. ومـــن ثـــم تزيـــد نـــسبة الادرينالين والنورادرينالين في الدم. ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي ارتفاع ضغط الدم لدى الفرد، وتزايد ضربات القلب، وجحـــوظ العينـــين، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحيانًا ترتجف الأطراف، وصعوبة فـــي التنفس أما ظواهر نشاط الجهاز البارســـمبثاوي فأهمهـــا كثـــرة التبـــول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.ويتميز القلق فسيولوجيًا بدرجة عالية من الانتباه المرضي

في وقت الراحة، مع بطء التكيف للكرب، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد، نظرًا لصعوبة التكيف لدى مرضى القلق. (أحمد عكاشة, 1998)

ويرى هانزسلي (H. Sely) أن مفتاح العملية كلها يمكن أن يكون في منطقة المهاد، وتحت المهاد Hypothalamus والمعروف بأنه يوفق بين العضلات والوظائف الحشوية بخاصة تلك التي لها أهمية في الدفاع ضد مواقف الخطر، وتقوم المنطقة الشمية Rhinencephaion أيضاً بدور مهم في التكامل بين النشاط الانفعالي والحشوي. وقد تكون هاتان المنطقتان مسئولتان عن المظاهر البدنية للقلق.ويعتقد باحثون آخرون أن القلق راجع إلى "حساسية مفرطة" في الجهاز العصبي اللاإرادي أو خلل في وظيفة ذلك الجهاز مع السيطرة الوظيفية للجهاز اللمبي Lymbic System. أما "روبرت مالمو" فيذكر أن القلق يصاحبه زيادة شاذة في القابلية للاستثارة في كل من الجهازين اللاإرادي والعصبي المركزي. ويقول أن القلق بوصفه عرضًا مشتركًا في العصاب، له خصائص الاستجابة، فالمريض المصاب بالقلق يستجيب لمواقف الحياة اليومية العادية كما لو كانت طوارئ أو مواطن خطورة، ويفسر "مالمو" ذلك بافتراض أن خبرة القلق تنتج عن ضعف وظيفة الكف في الجهاز الشبكي المنشط، وهذا الضعف يسمح بتسهيل تفريغ عديد من النبضات في اللحاء، مما يؤدي إلى مستوى تنبه فوق العادي. (أحمد محمد عبد الخالق، 2001)

بينما يرى "لانج" Lang وجود استجابات تكوينية دفاعية في الإنسان من ضمنها مجموعة تستخدم للهروب أو للدفاع عن النفس ضد الأخطار الخارجية. ويرى حفظ هذه الاستجابات في ثلاث منظومات هرمية:

**أولاً: المستوى الأدنى:** والذي يقوم بتحديد طبيعة ردود الفعل من سياق الموقف كوسائل للهجوم أو الفرار.

**ثانياً: المستوى الأوسط:** "الردود الانفعالية" : كالخوف والغضب التي تتصف ببعض النمطية من ناحية الاستجابة وإن اختلفت فيما بينها في اختبار طبيعة الفعل المطلوب.

**ثالثاً: المستوى الأعلى:** وهو الأكثر تعقيدًا والمسمى "بالمستوى البُعدي" الذي ينظم الانفعالات والتي تشمل أبعاد شدة واتجاه كل حالة انفعالية ودرجة التحكم فيها. (عبد الله عمر الجوهي, 1999)

ويرى البعض الآخر من العلماء أن القلق يتعلق بنهايات الأعصاب (Nerve endings) والمستقبلات (receptors) في الجهاز العصبي المركزي التي تضع وتستقبل الرسائل الكيماوية التي تنبه وتستثير المخ. ونهايات الأعصاب هذه من شأنها أنها تنتج منبهات توجد بصفة طبيعية وتسمى كاتي كولامينات (caticholamines) والمعتقد أن نهايات الأعصاب في مرض القلق تفرط نشاطها الكهربائي، أي إنها تعمل بجد بالغ، وتسرف في إنتاج هذه المنبهات وربما مواد أخرى غيرها. ثم إن هناك في الوقت نفسه نهايات الأعصاب والمستقبلات التي يكون لها تأثير مضاد، فهي تصنع مهدئات توجد بصفة طبيعية، وتسمى الناقلات العصبية الكابحة التي تكبح وتهدي وتخفض من حدة النشاط الكهربائي للمخ. (دافيد شيهان, 1988 )

## أعراض القلق:

ترافق اضطرابات القلق اضطرابات فزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له، وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعًا لشدة القلق. (نعيم الرفاعي, 1982).

وعادة تأتي أعراض اضطرابات القلق في شكل أزمات أو نوبات تبدأ فجأة وتستمر مدة دقائق ثم تزول لتعود مرة أخرى، وتزداد النوبات في الشدة مع الوقت كما تقتصر الفترات بينها. (عبد الرؤوف ثابت،1993)

ويتجلى القلق من خلال نوعين من الأعراض، جسدية ونفسية وتحدث هذه الأعراض معًا في وقت واحد، وإن كان بعض الناس قد ينتبه إلى نوع واحد من هذه الأعراض الجسدية أو النفسية دون النوع الأخر **وسوف يذكر الباحث بالتفصيل أهم أعراض القلق:**

**أ- الأعراض الجسمية للقلق:**

وهذه الأعراض الأكثر شيوعًا، وتوجد في مختلف أعضاء الجسم التي يغذيها الجهاز العصبي اللاإرادي، الذي يسيطر عليه الهيبوثلاموس المتصل بمركز الانفعالات. ولذا يؤدي الانفعال إلى تنبه هذا الجهاز، وتظهر أعراض عضوية حشوية مختلفة، ومن أهم هذه الأعراض الجسمية الآتي: (فيصل خير الزراد، 1984 )

1- **أعراض الجهاز القلبي الدوري:** هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب مع سرعة دقات القلب، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان، وإذا حاول المريض النوم فإنه يشعر بالنبضات في رأسه ومخه مما يجعله في حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار في المخ. كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة، ويكون ضغط الدم مرتفعًا بعض الشيء بسبب الانفعال.

2- **أعراض الجهاز الهضمي:** وهو من أهم الأجهزة التي تتأثر بالقلق النفسي، ويظهر ذلك أحيانًا على شكل صعوبة في البلع، أو الشعور بغصة في الحلق، أو سوء الهضم، وانتفاخ البطن أو الإسهال أو

الإمساك بل يتعرض المريض أحيانًا إلى آلام ومغص شديد مع نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

3- **أعراض الجهاز التنفسي:** وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس، وضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء، وأحيانًا ما يؤدي فرط التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون أو تغير درجة حموضة الدم، وقلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف، وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية وأحيانًا الإغماء.

4- **أعراض الجهاز العصبي:** ويظهر القلق هنا في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض، مع اتساع حدقة العين، وارتجاف الأطراف خصوصًا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع.

5- **أعراض الجهاز البولي التناسلي:** يتعرض معظم الأفراد أثناء حالات القلق والانفعال الشديد إلى كثرة التبول وإلى الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز البولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عند الرجل.

6- **أعراض الجهاز العضلي:** يشكو معظم المصابين بحالات القلق النفسي من آلام مختلفة في الجسم، ومن أكثر الآلام شيوعًا الآلام العضلية وهنا يعاني المريض من الآم في الساقين والذراعين، أو الظهر أو فوق الصدر، وكثيرًا ما تشخص هذه الأمراض على أنها.

7- **أعراض روماتيزم**، ويبدأ المريض يأخذ العقاقير ولكن دون فائدة واضحة، والواقع أن معظم هذه الآلام نفسية بحتة، وذلك بسبب القلق النفسي.

8- **الأعراض الجلدية**: يكون القلق النفسي عاملاً أساسيًا في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية، مثل حب الشباب، ومرض الصدفية، وسقوط الشعر، والحساسية العامة.

9- **أعراض جهاز الغدد الصماء**: يسبب القلق الشديد والانفعالات المستمرة العديد من أمراض الغدد الصماء. وأهم هذه الأمراض الغددية زيادة إفراز الغدة الدرقية. والبول السكري، مع زيادة هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكلوية.

(أحمد عكاشة، 1998: 115 ، فيصل خير الزراد، 1984)

### ب- *الأعراض النفسية للقلق*:

وهي ما يشعر به الإنسان من الخوف، والتوتر والاضطراب والانزعاج وعدم الاستقرار النفسي، وكذلك قد تضعف قدرة المريض على الانتباه والتركيز، وهذا الضعف قد يخيل للآخرين أن المريض يعاني من اضطراب في الذاكرة. ويقضي الإنسان المصاب بالقلق وقتًا طويلاً بالتفكير في الأمور السلبية في حياته، فيفكر في احتمالات الفشل والإخفاق، واحتمال التعرض للحوادث والأخطار ولا يعود يرى إلا الجانب المظلم المتشائم في حياته وليس بالضرورة أن تستمر هذه المشاعر النفسية السلبية كما هو الحال في الاكتئاب، وإنما يمكن أن تذهب وتعود بين الحين والأخر (مأمون مبيض، 1995 ). ويشير أحمد محمد عبد الخالق (2000 ) إلى أن من الأعراض النفسية للقلق الحساسية المفرطة للضوضاء، وشرود

الذهن فضلاً عن التردد الشاذ والتشكك وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض مع فقدان الشهية للطعام، ومن الأعـراض النفسية خوف المريض من كل شيء من المـرض العقلـي أو المـرض العضوي أو الموت. ولدى كثير من المرضى لا يتركز الخوف بوضـوح حول موضوع بالذات، ولكنه خوف غامض مجهول المـصدر، ويتـسبب الخوف في شعور بالتوتر الداخلي، فيصف نفسه بأنه يشعر بالتوتر، وأنـه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة إلى جانب فقدان الثقة بالنفس.

## ج -الأعراض المعرفية:

تعكس الأعراض المعرفية في اضطرابات القلق إدراك الفرد وتوقعه لسوء الطالع، أو ارتقاب خطر أو شر وشيك الوقوع. فمثلاً: عندما يوجـد الفرد الذي يشعر بالخوف في وسط جماعة أو جمهور يستغرق قدرًا كبيرًا من الوقت في الشعور بالهم والضيق إزاء تلك الأشياء المروعة التي قـد تحدث على الملأ وفي حضرة الآخرين، وبذلك تجده يخطط كيف يتجنـب تلك الأشياء، وبالتالي يكون مشتت الانتباه، وينتج عن هذه الحالة نقص في تركيز الانتباه أو عدم ملاءمته، وأن الفرد غالباً لا يعمـل أو لا يـدرس بفاعلية، الأمر الذي يضيف مضاعفات إلى قلقه. **وبالتالي يمكـن تمييـز ثلاث فئات من العمليات المعرفية المرتبطة بالقلق لدى الأفراد:-**

1- الانتباه بطريقة انتقائية للمعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر.

2- نشاط في الذاكرة على نحو يزيد من تدفق المعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر.

3- الميل إلى تفسير المعاني الأكثر تهديداً والمشتقة من المعلومات الغامضة.

أما فيما يتعلق بمحتوى التفكير فقد وجد أن القلق يشتمل على هموم وسواسية وحديث سلبي مع الذات، ونقص الفاعلية الذاتية، ونكران الذات، وغير ذلك من الأعراض التي تبدو من التقارير اللفظية للنشاط المعرفي. (بشير الرشيدي وآخرون،2001 )

**وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق من وجهة نظر بيك فيما يلي:**

أ – أفكار متكررة عن الخطر، فمريض القلق هو دائمًا أسير أفكار لفظية وصورية تدور حول وقائع مؤذية. (إنذارات كاذبة)

ب- نقص القدرة على استبعاد الأفكار المخيفة، أو قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم قاصرة. ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجح عنده يظل في صف هذه الأفكار.

جـ- تعميم المؤثر: يتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صوت أو حركة تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطراً.

وقد تفسر بعض خصائص القلق مثل: تعثر الكلام وتعطل الأحداث القريبة تفسيرًا سطحيًا، فيقال إنها ناتجة من انهيار التحكم الإرادي في تركيز الانتباه، فإذا وجد مريض القلق صعوبة في التركيز على مهمة مباشرة قد يبتدر إلى الحدس أن انتباه هذا المريض هو من التشتت بحيث لا يمكنه أن يبقى لصيقًا بشيء أو موضوع معين لفترة طويلة. كذلك يسارع البعض بتفسير تشتت انتباه المريض تجاه أية مؤثرات طفيلية

فيعزوه إلى الطبيعة الشاذة لهذا الانتباه. ويمكننا القول أن مريض القلق يركز معظم انتباهه على تصورات الخطر ومؤثراته، ويفقد الجانب الأكبر من قدراته على الالتفات الإراديّ إلى العمليات الداخلية والمؤثرات الخارجية الأخرى. (أرون بيك، 2000)

وهذا العجز عن التحكم الإرادي في التركيز والتذكر قد يحمل المريض على الظن أنه يفقد عقله وهي ظاهرة تعزز القلق وتدعمه.

## ثانياً: الرهاب الاجتماعي (القلق الاجتماعي) Social Phobia

### مفهوم الرهاب الاجتماعي وتطوره:

لم ينل الرهاب الاجتماعي الاهتمام الكافي إلا منذ إدراجه كفئة تشخيصية مستقلة ضمن الطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الصادر عام 1980 عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (D.S.M. III, 1980) ومنذ هذا التاريخ ينظر إلى الرهاب الاجتماعي على أنه حالة خاصة من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف واحد أو اثنين، ويصعب أن ينتج عنه أكثر من مجرد تدهور بسيط في أداء الفرد لعمله وواجبه المهني، فالبحوث في هذا المجال كشفت عن أن الرهاب الاجتماعي يمثل مشكلة صحية نفسية شديدة يمكن أن تسبب ضعفًا ووهنًا قاسيًا، ووفقًا للطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (D.S.M.IV, 1994) فإن المصاب بالرهاب الاجتماعي عبارة عن شخص يخاف ويفزع من مجموعة متنوعة ومتباينة من المواقف الاجتماعية والأدائية، لأنه يعاني نوعًا من الخزي والخوف والحيرة بسبب توقعه تدني في مستوى أداء مهنته وواجباته، أو بسبب خوفه أن تبدو عليه

أعراض القلق، وتتدرج المواقف الاجتماعية المسببة للخوف من مواقف التفاعلات غير المتوقعة كما قد يحدث أثناء المحاضرات والندوات العامة عندما يعقب فرد، أو يطلب منه التعقيب على حديث أو حوار مع شخص آخر، إلى عدم وجود مواقف التفاعل الاجتماعي، ومع ذلك يتوقع المريض أن تصدر أحكامٌ عليه من الآخرين بسبب ما يبدو عليه من قلق في مثل هذه المواقف، وربما يصاب مريض الرهاب الاجتماعي بالقلق عند مواجهة بعض الظروف والمواقف **التي تتطلب إبداء أنماط من السلوك الحركي المعقد، بحيث تنعكس هذه الأنماط السلوكية في شكل ارتجافات خفيفة أو نقص في التركيز. (ديفيد هـ.بارلو،2002 )**

ويندرج الرهاب الاجتماعي بصفة عامة تحت مجموعة اضطرابات القلق، التي تضم عدة أنواع, منها القلق ، ونوبات الهلع، والخوف من الأماكن الواسعة، واضطراب الوسواس القهري، والاضطرابات العصابية التالية للصدمات... الخ فالرهاب الاجتماعي أحد الاضطرابات النفسية المنتشرة في مجتمعنا، فكثير من الأفراد يشكون من أعراضه المزعجة، وقد تكون شديدة، ومعطلة للإنسان في علاقته مع الآخرين، مما يؤثر على حياته العملية وعلى إنتاجه، إضافة إلى التأثيرات النفسية العديدة. ويذكر أحمد متولي عمر (*1993* ) أن للرهاب الاجتماعي آثارًا مدمرة للفرد على المدى القصير والبعيد على السواء، فقد أثبتت دراسات عديدة، أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يعانون من مشكلات سلوكية، انفعالية واجتماعية، فعلى سبيل المثال وجد هارتوب Hartup أن العزلة الاجتماعية لدى مرضى الرهاب الاجتماعي مرتبطة ارتباطًا عاليًا بانخفاض التحصيل الأكاديمي وانخفاض تقدير الذات ونقص المهارات الاجتماعية.

كما يذكر حسان المالح (1995) أن هذا الاضطراب لَم ينل اهتمام العلماء والباحثين في المجال النفسي بالصورة الكافية إلا بعد تصنيفه مرضيًا بصورة رسمية عام 1980م في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها (D.S.M.III)، وقبل ذلك كان يعتبر جزءًا من القلق، أو من اضطرابات الشخصية دون تحديد واضح، بينما كان للمدرسة السلوكية دورًا هامًا في إلقاء الضوء على هذا الاضطراب حيث يُسمى أحيانًا القلق الاجتماعي. وتمت دراسته من عدة جوانب. ثم تزايد الاهتمام به بعد ذلك من قبل الباحثين في المجال النفسي والطبي، وأجريت عليه كثير من الدراسات، لكن لا يُقارن بالاهتمام الذي لاقته اضطرابات القلق الأخرى، فإنه يمكن القول بأن الرهاب الاجتماعي كاضطراب نفسي لَم يأخذ القدر الكافي من الاهتمام والدراسات.

ويذكر هيمبرج ، وبارلو (Himberg, R & Barlow, H, 1988) أن تصنيف الرهاب الاجتماعي يعد تصنيفاً حديثاً، ولم يكن معروفاً في الولايات المتحدة الأمريكية حتى عام 1980 عندما تم تصنيفه لأول مرة في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها. ولم يكن هناك دراسات لهذا الاضطراب قبل هذا التاريخ.

كما يذكر رخمان Rachman أن مصطلح الرهاب الاجتماعي مرادف لمصطلح القلق الاجتماعي، وأن المفهومين يشيران إلى وجود خوف شديد ودائم من المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء، وإن الدخول في هذه المواقف يثير استجابة القلق، والرهاب الاجتماعي يمكن أن يظهر في عدة أشكال مثل التحدث أمام الجمهور أو عدم القدرة على الكتابة أو تناول الطعام أمام الناس. (Rachman, S. 1998)

كما يشير إبراهيم عيد (2000) إلى أن مصطلح الرهاب الاجتماعي مرادف لمعنى اضطراب القلق الاجتماعي، وأن المفهومين وجهان لخوف واحد من مواقف اجتماعية بعينها، وأن هذه المواقف تصبح مصدر تهديد، تصاحبه تغيرات فسيولوجية حادة. وأن هناك بعض الدراسات تشير إلى أن الرهاب الاجتماعي هي المرادف لاضطراب القلق الاجتماعي، ولعل من أهم هذه الدراسات دراسة فيتشن Witchen2000 ودراسة ليبوفيتس Liebowitz, 2002

كما إن مصطلح الرهاب الاجتماعي (Social phobia) هو تعبير علمي يستخدم عند علماء النفس والطب النفسي، ويقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل المخاوف الاجتماعية، أو القلق الاجتماعي، أو الخوف الاجتماعي. (حسان المالح، 1995)

فكلمة (الفوبيا) ذات أصل يوناني، وهي مشتقة من لفظ (فوبوس phobs) ومعناها الفزع أو الرعب، أو الخوف الذي يدفع الإنسان إلى الهروب. وهذه الحالة النفسية كغيرها من الحالات النفسية عرفت منذ القدم. (على كمال، 1967)

تتعدد مفاهيم الرهاب الاجتماعي عند علماء النفس والطب النفسي، وقبل تعريف الرهاب الاجتماعي عند علماء النفس لا بد من تعريفها لغويًا:

**تعريف الخوف في اللغة:** وهو خوفًا وخيفًا ومخافة وخيفة: بمعنى فزع. (ضد أمن) فيقال خافه، وخاف منه، وخاف عليه، فهو خائف. (منير البعلبكي، 1986 )

**تعريف إنجلش، إنجلش** للرهاب English & English: بأنه خوف شديد من نوع معين من الأشياء أو المواقف، ولا يفارق الشخص بالرغم أنه لا أساس له من وجهة نظر المريض. ويعرف قاموس وبستر

(1985): Webster الرهاب: بأنه خوف شديد لا يتحمله الفـرد ويقـف أمامه عاجزاً. (Beck, Emery, 1985 :)

**التعريفات النفسية:**

**يعرفً عبد العزيز القوصي** (1948:) الخوف بأنه: حالـة انفعاليـة داخلية طبيعية يشعر بها الفرد في بعض المواقف، ويسلك الفـرد سـلوكاً يحاول به الابتعاد عن مصدر الضرر.

**كما يعرفً دري حسن عزت** (1987 ) الرهاب الاجتمـاعي بأنـه انفعال شديد يصاحبه موقف معين أو شيء معين. كالخوف من الأكـل أو الشرب في المطاعم أمام الناس أو الكتابـة والتحـدث أمـام الآخـرين، والشخص يخشى الارتباك فيمتنع عن الفعل الاجتماعي وأحياناً يصاب برعشة أو نوباتَ من القيء.

**بينما يعرفً كمال دسوقي** (1988) الخوف بأنه أحـد الانفعـالات البدائية العنيفة والمعوقة أحياناً، ويتميز بتغيرات جسمية شاسعة وسـلوك الهرب وطابع الكتمان، وهو رد فعل انفعاليّ يشمل مشاعر ذاته أمـام أي خطر.

**وتعرف ليندا دافيدوف الفوبيا Linda. D** (1988 ) علـى أنهـا خوف مبالغ فيه فجائي مفرط من موضوع أو موقف معين يقابل بالإحجام المستمر من جانب الشخص، ويدرك هذا الشخص أن خوفه لا يتناسب مع الخطر الذي يستشعره ولكنه يفتقد قدرة السيطرة على هذه المشاعر.

**كما يعرف س. هـــ باترســون Patterson** (1990) الرهـاب الاجتماعي بأنَّه ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقـي المرتبط بالمواقف الاجتماعية المتعددة، والمطلوب من الفرد التفاعل معها

بإيجابية، ولكنه ينسحب منها أو على الأقل يتجنبها حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط، وأحيانًا يرتبط ذلك السلوك بدلالة لا شعورية داخل الفرذذد.

ويعـرف ستيورات أغـراس ( **Stewart, Hgras, M (1990** الرهاب الاجتماعي بأنه: خوف مبالغ فيه من الانتقاد أو التقييم من قبل الآخرين، مؤدياً إلى تجنب مواقف اجتماعية معينة.

**ويعرّف أحمد متولي عمر** (1993 ) المخاوف الاجتماعية بأنها: حالة من القلق الاجتماعي، والتي تظهر في مواقف التفاعلات بين الشخصية، ويتميز فيها الفرد بالخجل الشديد، خوفًا من أن يكون ملاحظًا من قبل الآخرين، وخوفًا أيضًا من أن يقيمّ بطريقة سلبية منهم، ويتميز الفرد أيضًا بنقص المهارات الاجتماعية ويتولد لديه أفكار سلبية بخصوص الموقف الذي هو فيه، وتظهر عليه بعض العلامات السيكوفسيولوجية الدالة على عدم الراحة كتصبب العرق واحمرار الوجه ورعشة الجسم، ولا ترجع هذه المخاوف إلى أي مرض نفسي أو عقلي آخر.

**ويعرف أحمد عكاشة** (1998:) الرهاب الاجتماعي بأنه: الخوف من ملاحظة الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحبها تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد، وقد تظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليدين أو غثيان، أو رغبة شديدة في التبول. ويكون المريض مقتنعًا أن هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع.

**تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي** (American Psychiatric Association, (2000:) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف دائم وغير منطقي لموقف أو عدة مواقف يتعرض فيها الفرد للنقد من

الآخرين، وينتج عنه تجنب لتلك المواقف ويدرك الفرد أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة.

**ويعرف التصنيف العالمي العاشر (لمنظمة الصحة العالمية) للاضطرابات النفسية (I.C.D- 10.) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من** الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لتصرفات الفرد كالأكل، أو التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (World Health Organization:1992:)

يلاحظ من التعريفات السابقة للرهاب الاجتماعي أنها تتفق حول نقطة أساسية وهي الخوف من الظهور بمظهر يثير السخرية والنقد من قبل الآخرين، مما يؤدي بالشخص إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو المواقف المسببة للرهاب الاجتماعي.

## أعراض الرهاب الاجتماعي

***(Social Anxiety disorder)Social phobia***

يتضمن الرهاب الاجتماعي الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف اجتماعي عام. والصفة الأساسية للخوف الاجتماعي أنه ثابت ومميز في المواقف الاجتماعية، ينتج عنه استجابة عاجلة أو سريعة، وهذه الاستجابة ربما تأخذ شكل نوبة فزع ترتبط بالمواقف، ورغم أن المراهقين والبالغين أصحاب هذا الاضطراب يدركون أن خوفهم زائد أو غير مقبول إلا أنه في كثير من الأحيان يتم تجنب الموقف الاجتماعي. وهذا التجنب يسبب أحيانًا نوعا ما من الفزع, ولذلك يكون تشخيص هذه الحالة مناسبًا إذا تدخل الخوف والتجنب والقلق من مواجهة المجتمع, أو المواقف الأدائية في النظام اليومي للفرد، وفي الوظائف التي يقوم بها الفرد في حياته

الاجتماعية، أما بالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن سن الثامنة عشر تستمر الأعراض لستة أشهر على الأقل قبل تشخيص الخوف الاجتماعي، فالخوف الاجتماعي لا يرجع سببه للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو حالة مرضية عامة، ولا يسببه اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب الفزع أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب انفصام الشخصية، وإذا تواجد اضطراب نفسي آخر أو حالة مرضية عامة مثل تلعثم الكلام أو مرض باركنسون فلا يتم تشخيص الخوف هنا على أنه رهاب اجتماعي يكون الخوف من تأثيره الاجتماعي. (American Psychiatric Association 2000)

**يشخص الرهاب الاجتماعي أو اضطراب القلق الاجتماعي وفقًا للمعايير التالية:**

1- الخوف الواضح والمستمر من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي يتعرض فيها الفرد إلى التعامل مع ناس غرباء. والمخاوف الفردية من الطريقة التي ربما يتصرف بها الفرد تؤدي إلى إحراجه أو إظهار أعراض القلق. مع ملاحظة: أنه لدى الأطفال توجد هذه المظاهر وفقًا لتطور علاقات الأطفال بالآخرين. وخاصة مع الأشخاص المألوفين، والقلق يجب أن يحدث في المواقف التي يتجمع فيها الأفراد، وليس في التفاعلات مع الكبار.

2- التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق، والذي ربما يأخذ شكل نوبة الهلع المرتبطة بالموقف. مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن القلق بالبكاء أو نوبات الغضب أو الإحجام عن المواقف الاجتماعية مع الأفراد غير المألوفين.

3- يدرك الفرد أن الخوف زايد وغير معقول. مع ملاحظة أن هذه الخاصية ربما تكون غائبة عند الأطفال.

4- يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد، أو التي تصاحب دائمًا بالقلق والضيق.

5- أن القلق أو التجنب أو الضيق في المواقف الاجتماعية المخيفة تتداخل بشكل جوهري مع النظام العادي للشخص أو أداءه المهني أو الأكاديمي أو أنشطة الاجتماعية، أو أن يكون هناك ضيق لدى الفرد من وجود هذا الخوف الاجتماعي.

6- في الأشخاص الذين تكون أعمارهم أقل من سن الثامنة عشر يشترط وجود أعراض تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.

7- لا يرجع الخوف أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثل سوء استخدام العقاقير أو العلاج بالأدوية النفسية) أو نتيجة حالة مرضية عامة. ولا يعتبر أحد الأعراض المرتبطة باضطرابات نفسية أخرى. (مثل اضطراب الفزع الذي يصاحبه أو لا يصاحبه خوف من الأماكن الواسعة، أو اضطراب قلق الانفصال أو الاضطراب الناتج عن نقص المورفين أو اضطراب الشخصية الفصامية).

8- إذا وجدت حالة طبية عامة أو وجد اضطراب نفسي آخر. فإن الخوف في المعيار (1) لا يكون مرتبطًا بهذه الحالة أو هذا الاضطراب مثل خوف التلعثم في الكلام أو الرعشة في مرض باركنسون. أو إظهار سلوك غير عادي عند تناول الطعام في حالة فقدان الشهية أو الشره المرضي.

ويتحدد عمومًا إذا كان الخوف الاجتماعي يشمل معظم المواقف الاجتماعية مع الأخذ في الاعتبار تشخيص اضطرابات الشخصية التجنبية. (American Psychiatric Association, 2000)

## النظريات المفسرة:

تعددت التيارات النظرية والعلاجية في تفسير الرهاب الاجتماعي فهناك من ينظر إليه باعتباره أنه استعداد وراثي، وهناك من يرى أنه إحباطات تم كبتها في اللاشعور، وهناك من يراه على أنه عادات تم اكتسابها وتعلمها من الخبرات المؤلمة، أو هي جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة. وينطبق ذلك التعدد على معظم الاضطرابات النفسية ولا تزال الدراسات مستمرة لتوفير معلومات أكثر حول كيفية تأثير كل سبب على حدة.

ويُمكن القول بأن علم النفس يختلف عن كثير من العلوم الأخرى من حيث إمكانية تحديد أسباب الأمراض والاضطرابات النفسية بدقة ويرجع ذلك إلى عدد من العوامل منها على المثال لا الحصر:

طبيعة الإنسان نفسه، فالإنسان بمكوناته الجسمية والعقلية والروحية والاجتماعية لا يزال لغزًا كبيرًا من الناحية العلمية، وذلك لصعوبة إجراء الدراسات الدقيقة وتكرارها، وتعقيد مادة البحث نفسه. وصعوبة إعطاء كل عامل مؤثر وزنه وأهميته من حيث تأثيره على الإنسان. كما أن اختلاف الآراء حول تصنيف الاضطرابات النفسية وتعريفها ومكوناتها له دور في تقدم البحث العلمي وتبادل الآراء وتعميم النتائج وغير ذلك.

ومن المتوقع أن يحدث تقدمًا أكبر في فهم الاضطرابات النفسية، ويختلف الباحثون في مدى شمولية ذلك التقدم، حيث أن البحث العلمي يتركز أكثر

في النواحي العضوية الكيميائية، بينما تؤكد النظرة الشمولية على أنه لا بد من تناول الاضطرابات النفسية للإنسان من مختلف الزوايا العضوية والنفسية والاجتماعية، دون النظرة الضيقة التي تؤكد على العوامل العضوية أو غيرها فقط . ففي حالات الرهاب الاجتماعي تبرز أهمية هذه العوامل الثلاثة معًا في فهم نشوء الاضطراب. (حسان المالح, 1995 )

وفيما يلي يعرض الباحث تلك النظريات التي تحاول تفسير حدوث الرهاب الاجتماعي:

**تفسير مدرسة التحليل النفسي للرهاب الاجتماعي:**

يفسر علماء التحليل النفسي حدوث الرهاب من خلال تعرض الفرد للصراع بين نوازعه وغرائزه من ناحية، وبين مثله ومعايير المجتمع من ناحية أخرى، وبما أنه عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف منه؛ فإنه يحول مصدر الخوف من الداخل إلى الخارج، فيتخذ من أحد الأشياء الخارجية مصدرًا لخوفه، لأن ذلك ربما يكون أسهل في المواجهة، إذ إن الأمر لا يكلفه سوى أن يتجنب ذلك المصدر. أي أن التفسير التحليلي يقوم على ميكانزم (الإزاحة) أو (النقل) فالفرد المصاب بالرهاب يزيح مخاوفه من الصراع الداخلي إلى موضوع آخر خارج؛ ذاته لأن ذلك ييسر له مواجهة هذا الخوف بصورة أفضل. (علاء الدين كفافي، 1997)

بينما يفسر فرويد الفوبيا بصفة عامة والرهاب الاجتماعي بصفة خاصة على أساس (ليبدو) معطلة، تتحول دون انقطاع إلى قلق موضوعي ظاهري، ومن ثم يصبح أقل خطراً لتحوله لمثير خارجي بديل عما ترغب فيه الليبدو. (سيجموند فرويد، 1990:)

ومن التفسيرات النفسية في هذا السياق للمخاوف الاجتماعية أن الإنسان يسقط ضميره القاسي الشديد المتطرف على الآخرين، ونظرًا لشدة هذا الضمير وتعذيبه للإنسان ولنفسه وتحطيمها المستمر، فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتماله. فالضمير جزء من الإنسان والصراع معه قد بلغ درجة لا تطاق، ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيرًا من محتويات ضميره، هو وطريقته القاسية واللاذعة في انتقاد نفسه. فهو يعتبر أن الآخرين يتهامسون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم أو الحديث أمامهم، وهذا يفسر أعراض الخوف الاجتماعي. وقد وجدت بعض الدراسات أن ازدياد الشعور بالفردية وازدياد مشاعر التمرد وعدم الانقياد يرتبط بحالات الخوف الاجتماعي، وبالطبع فإن كل إنسان يحب نفسه ويرغب في أن يكون مبتكرًا ومختلفًا وليس نسخة طبق الأصل من شخص آخر أو الآخرين. كما أن مشاعر عدم الرضا والتمرد تشكل دافعًا نحو التغير والتطور الإيجابي في كثير من الأحيان. وبعض الناس لا يستطيع التعامل مع هذه المشاعر الشخصية بشكل إيجابي بل يزداد قلقه وتوتره ويؤدي ذلك إلى الخوف والارتباك في المواقف الاجتماعية.

ويشير فرانك:2000) إلي أن الفوبيا تعد من وجهة نظر التحليل النفسي مظاهر خاصة لعصاب الحصر الكامن Underlying Anxiety neurosis وهذا يعني أن جذور المخاوف غير المنطقية تكمن في الصراعات الانفعالية غير المحلولة، ويقال أن هذا الموضوع أو الموقف المرهوب تجسيد Externalization لاتجاه أو خوف يوجد على المستوى اللاشعوري. ولتقديم مثال على تجسيد الخوف: حالة الطفل هانز وهي إحدى حالات الأطفال الشهيرة لدى فرويد، حيث كان هانز طفلاً في سن ما قبل المدرسة، وكان يخاف من الحصان خوفاً غير منطقي، وقد أجرى

فرويد تحليلاً للطفل عن طريق والد الطفل. ويوحي التحليل أن هانز كان يخاف بالفعل من والده؛ ولأن الحصان مثل والده قوي وكبير، وقادر على أن يعضه (يؤذيه بطريقة عدوانية) فقد كان الحصان رمزًا للأب؛ ولأن هانز يفترض أنه يحب الأب ويطيعه فقد كبت الخوف من الأب وأصبح الحصان هو موضوع الخوف.

كما يشير كل من فيصل خير الزراد (1984:) ومحمد السيد عبد الرحمن (2000:) إلى أن النموذج السيكوديناميي يتخذ وجهة مختلفة في تفسير المخاوف, وطبقًا لهذا المنظور فإن المخاوف هي طريقة لنقل العصابي من داخل النفس وبطريقة لا شعورية إلى مصدر خارجي محدد أو موقف معين، أو بمعني أخر إننا نعبر عما لدينا من صراعات لا شعورية بالخوف اللاعقلاني من أشياء معينة أو مواقف دون وعي منا بذلك، أي أن الخوف من وجهة  نظر التحليل النفسي عبارة عن حيلة دفاعية لا شعورية، حيث يحاول المريض عن طريق الخوف عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالبًا ما يجهله المريض على الرغم من معرفة المريض غرابة خوفه، وذلك لأن هذا الخوف الخارجي يكمن وراءه الخوف من شيء أخر داخل المريض، ومن ثم فإن المريض لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه، بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية، بمعني أخر فأن عملية التحويل تلعب دورًا أساسيًا ديناميًا في عملية الخوف المرضي، حيث تزاح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك بصورة لا شعورية، فالانفعال ينقل من مصدره الأصلي إلي مصدر بديل أكثر قبولاً، فمثلاً الخوف من المدرسة قد يكون بديلاً للخوف أو القلق الذي يسببه الانفصال عن الأم، إذن الخوف المرضي من وجهة نظر التحليل

النفسي عبارة عن عملية دفاع لحماية المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية في الغالب.

وبالتالي يرى المحللون النفسيون أن الرهاب الاجتماعي يحدث بسبب إسقاط بعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية؛ لأن هذه الرغبات تثير قلقاً داخلياً لا يمكن تجنبه، ويرجع ذلك إلى مصدره في الداخل، فإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإن القلق سوف يكون خارجيًا ومن ثم يمكن تجنبه.

**تفسير النظرية العضوية للرهاب الاجتماعي:**

يرى آيزنك Eyzenck أن الاضطرابات العصابية تحدث نتيجة استعداد وراثي للعصابية مع توافر عددًا من المؤثرات البيئية الضاغطة، ويذكر جلمارتين Gailmarten أن أحد المكتشفات الرئيسية لآيزنك هو أن الأفراد الذين لديهم جين الكف Inhibition Gene يحدث لّهم تشريط بصورة أسرع من غيرهم من الأفراد الذين ليس لديهم هذا الجين، ويعني هذا أن الذين لديهم كف مرتفع، من المتوقع أن يكونوا أكثر حساسية للأبوة السيئة غير الفعالة مثلاً، ويرى جلمارتين أن الوراثة والعوامل البيوكيميائية المتصلة بها تتفاعل مع العوامل البيئية الأخرى، ويحدث الرهاب الاجتماعي نتيجة لتفاعل جين الكف مع تاريخ طويل من الخبرة البيئية السيئة. (أحمد متولي عمر، 1993)

فعلماء الوراثة يؤكدون على أن الخوف شعور واستعداد غريزي كامن في البناء النفسي للفرد، وأن الإحساس أو الشعور بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية في الدماغ أو أجزاء من الجهاز العصبي المركزي. وقبل هذا النضج لا يكون هناك خوفا بل علامات من التخوف والتردد والحذر، وهذا يشير إلى وجود بذور الخوف وكونها منتظرة ذلك النضج

العصبي، وهذا يدلل على أن الفرد قد تنتابه الرهبة المفاجئة إذا فقد توازنه من مكان مرتفع. (زكريا الشربيني، 1994)

وهناك دراسات نادرة أجريت لمعرفة أثر عامل الوراثة على الرهاب الاجتماعي، ومنها دراسة ريتش، وياتس Reich& Yates 1988 والتي أثبتت أن الرهاب الاجتماعي يحدث بين أسر المرضى بهذا الاضطراب أكثر مما يحدث بين أفراد أسر غير المرضى. (أحمد متولي عمر، 1993)

كما يسوق أصحاب النظر البيولوجية في تفسير الرهاب الاجتماعي بعض الأدلة والنتائج على تأثير العوامل الوراثية والجسمية في الرهاب الاجتماعي، حيث أوضحت الدراسات التي تمت على أشخاص يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي أن الاستعداد الوراثي لدى المريض يكون واضحا في أسرهم، ويدعم ذلك دراسات تشيك وبوس (1981) Buss, cheek، ودراسة تشك (1983) على التوائم المتماثلة والمتشابهة حيث وجدا ارتباطاً مرتفعًا بين مستويات القلق الاجتماعي في التوائم المتماثلة عنه بالنسبة للتوائم غير المتماثلة, وأرجعا ذلك إلى أن درجة التشابه في التركيبة الوراثية بين التوائم المتماثلة أكبر منها بالنسبة للتوائم الأخوية. كما يدعم ذلك دراسة كيجان (1983) على الفروق المزاجية بين. الأطفال في نهاية مرحلة المهد والذي يرجع الخجل الشديد إلى عوامل وراثية، وليس إلى الخبرات المبكرة، كما ترتفع النسبة بين أقارب الدرجة الأولى عنها لدي المجتمع العام.

(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 2000)

كما أن هناك دراسات تؤكد فكرة أن الرهاب الاجتماعي تعتبر إلى درجة ما حالة ذات منشأ وراثي، وقد أظهرت هذه الدراسات أن التوائم

المتطابقة أكثر -بشكل جوهري- في درجة تماثلها في خصائص الخـوف الاجتماعي، فالأطفال الذين اختيروا في أعمار سنتين لأنهم كانوا خجولين بشكل بالغ وهادئين تبين أنهم في سن السابعة يكونـوا هـادئين حـذرين متجنبين اجتماعيًا لأقرانهم وللراشدين وقد ارتبطت الفروق السلوكية مـع رد فعل أكبر للجهاز العصبي السمبثاوي عنه لدى الأطفال الذين ليس لديهم كبح خاص مع تسارع أكبر في ضربات القلب عند القيام بنشاط معرفـي وكذلك عند تغير وضع الجسم.

(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن1998:)

كما يوجد دراسة أجريت في النرويج 1989م على عينة مكونة من 95 من التوائم المتماثلة، وأظهرت نتائج الدراسـة أن التـوائم المتماثلـة تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر الخوف الاجتماعي مقارنة مـع التوائم غير الحقيقية وهذه المظاهر هي التوتر والرجفة في حـال تنـاول الطعام مع الغرباء أو أن يكون الإنسان في موضع مراقبة الآخرين أثنـاء العمل والكتابة وتدل هذه الدراسة على وجود عامل وراثي وسيط يـساهم في تكوين الخوف الاجتماعي. (حسان المالح، 1995 )

## تفسير المدرسة السلوكية للرهاب الاجتماعي:

اهتمت المدرسة السلوكية في تفسير حـالات الخـوف الاجتمـاعي بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لَها الفرد خلال حياته، ويعتبرون أن الرهاب الاجتماعي نوع من التعلم الشرطي، انتقلـت فيـه القدرة على إحداث الاستجابة من المثير الأصلي الطبيعـي إلـى بعـض الظروف التي اقترنت بالمثير الأصلي في حادثة قديمة مر بها المريض في طفولته، ونتيجة لِهذا الارتباط يكتسب المثير غير الطبيعي الشرطي صفات المثير الطبيعي فأصبح يفعل ما يفعله، ولما كان التعلم الشرطي يتميز بأن

العلاقة فيه بين المثير الأصلي والمثير الطبيعي لا يلزم أن تكون واضحة في ذهن المتعلم، كان من الممكن أن يستجيب المريض لمؤثرات شبيهة للمؤثر الشرطي دون أن يعرف العلاقة بين هذه المؤثرات والمؤثر الأصلي، (مصطفى فهمي، 1987)

كما يشير رخمان (Rachman) إلى أن الفرد يكتسب الخوف والقلق بطريقة التشريط عن طريق الربط بين المثير والاستجابة ويدلل بالتجربة الشهيرة لواطسون (Watson) على الطفل البرت (Albart) والتي من خلالها كيف تم اكتساب الطفل انفعال الخوف من الفار.

(Rachman, 1998)

وفيما يتعلق بوجهة النظر السلوكية فمن الممكن أن يكتسب الفرد الخوف عن طريق التعلم بالملاحظة، فالوالدان ذوا المخاوف غير المنطقية يزودون أطفالهم بنموذج لذلك الخوف. ومن المعتاد أن نجد أن الأطفال ذوي الآباء الرهابيين يصابون أيضًا بعدوى القلق أو الفزع المرضي.ويشير حسان المالح،(1995 :) إلى أن المدرسة السلوكية اهتمت في تفسير حالات الخوف الاجتماعي بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لها الفرد خلال حياته. وقد استعملت مفاهيم بسيطة تعتمد على التعليم والتعلم الشرطي والمكافآت والنتائج المترتبة على سلوك معين، فالإنسان إذا تعرض لموقف اجتماعي مؤلم ومزعج يتعلم أن هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلمًا ومزعجًا، وهكذا ينشأ الخوف الاجتماعي بعد تجربة سلبية أمام الآخرين، حدثت له فيها تلعثم أو خفقان شديد في القلب، أو رعشة، أو انتقاد، ولم يستطيع أن يتخلص من تأثيرها السلبي على نفسيته، فبعض الأشخاص ممن لديهم حالة الرهاب الاجتماعي يتذكر مثل هذه المواقف والبعض الآخر لا يتذكرها. ووفقاً لنظرية التعلم

فإن التذكر ليس شرطًا أساسيًا، وتفترض النظرية أن الإنسان قد مر بتجارب ربما تكون شديدة وذكراها قد زالت من الذاكرة. ولكن تراكمات الصدمات والتجارب المؤلمة يؤدي بالإنسان إلى تكوين سلوك اجتنابي وما يرافقه من خوف وقلق من الموقف المثير للألم. ومن الفرضيات السلوكية الأخرى أن المرضى الذين يتكون عندهم الخوف الاجتماعي يحدث عندهم حساسية خاصة تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق، وقد تعودت أجهزت أجسامهم وأعصابهم على تلك الحساسية، وينتج عن ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق، وبالتالي يخافون من هذه المواقف ويبتعدون عنها ولا يواجهونها، وتفترض أيضًا أن ردود أفعالهم تجاه القلق الجسمي الطبيعي هي ردود فعل متطرفة، ويفسر ذلك التعلم المسبق والتعود على الاستجابة المتطرفة تجاه القلق.

كما يشير حسام الدين عزب (1981) إلى أن بندورا وآخرون قد قاموا بالعديد من الدراسات والبرامج التدريبية لتحديد دور النماذج الملائمة من ناحية أخرى، وأن الأبحاث التي أجروها ضمن إطار نظرية التعلم الاجتماعي أثبتت أن كل ظواهر التعلم التي تنتج من خبرات مباشرة يمكن في الواقع أن تحدث استناداً إلى أساس بديل، وذلك عن طريقة ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجه بالنسبة لهم. ومن ثم على سبيل المثال بوسع الفرد أن يكتسب نماذج استجابة معقدة بمجرد ملاحظة طرق أداء النجاح الملائمة، ثم يدلل بعد ذلك على كيفية تشريط الاستجابات الانفعالية بواسطة ملاحظة الاستجابات الانفعالية للآخرين وهم يعيشون خبرات أليمة أو سارة، وينتهي بذلك القول بأن طرق الاقتداء هي بشكل مثالي مناسبة لإحداث نتاجات متنوعه، منها إزالة أوجه القصور السلوكية وخفض المخاوف إلى غير ذلك من الاضطرابات السلوكية.

وفي السنوات الحديثة، انعكس استخدام نظرية التعلم في سيكولوجية المضطربين انعكاساً هو أوضح ما يكون في أعمـــال "جوزيـــف ولبـــي" Joseph Wolpe الذي استخدم التقنيات السلوكية في علاج أنواع الخوف، حيث يرى فولبة أن عملية التعلم تكمن في نشأة الخوف بنفس الطريقة التي تكمن بها عملية التعلم الشرطي الكلاسيكي. فالخوف المرضي فـــي نظـــر فولبة هو نتيجة لسلسلة من الارتباطات التعسة بين استجابات القلق التي لا ضرر فيها (مثيرات الخوف المرضي) وهكذا نجد الفرد الذي يعاني مـــن خوف الحشرات يخبر القلق بصفة تلقائية كلما واجه حشرة ما سواء أكانت صرصاراً أو غير ذلك. وما دامت استجابته مرتبطـــة ارتباطـــا تلقائيـــا بمثيرات الخوف المرضي، نجد أن القلق يستثار كلما فكر في الحشرات أو رآها. (شيلدون كاشدان، 1988).

وهكذا يُمكن القول بأن استجابة الخوف والقلق للمثيرات الاجتماعية هي عادات خاطئة وغير ملائمة، ويقوم العلاج على إعادة تعلـــم عـــادات جديدة أكثر تكيفاً في المواقف الاجتماعية من خلال تغيير ما يسبق السلوك نفسه والنتائج التي تليه. (حسان المالح، 1995 )

## تفسير المدرسة النفسية النمائية للرهاب الاجتماعي

***Developmental psychology***

هذه المدرسة تهتم بدراسة مراحل النمو وتطور قدرات الإنسان منذ الطفولة الباكرة إلى سن الشباب، وترجع السبب الرئيـــسي فـــي حـــالات الخوف الاجتماعي إلى عدم اكتساب الفرد القدرات الاجتماعية المناسبة، أو نقص هذه القدرات. حيث أن التعامل مع الناس يحتاج إلى قدرات متعـــددة مثل النظر في وجه الشخص الآخر أثناء الحديث معه وإظهـــار الاهتمـــام بكلامه من خلال وضعية جسمه وهز الرأس وغير ذلك. كما يحتاج للقدرة

على الاستماع ثم اختيار الوقت المناسب للكلام. وأيضًا معرفة ما يريده الطرف الآخر، وعندما يريد الإنسان أن يطلب طلبًا معينًا أو يعبر عن رغبة ما عليه أن يدرك كيفية ذلك وأن يتعلم عددًا من الطرق والأساليب ليعبر عن نفسه بشكل صحيح وفعال.

ويرتبط اكتساب القدرات الاجتماعية بالبيئة المحيطة بالإنسان وقدرات من حوله وتشجيعهم. حيث يتعلم الإنسان من الآخرين ويعلمهم، كما يرتبط بوجود الفرص المناسبة للتعلم من الأقران والكبار. ويقوم العلاج وفقًا لهذه النظرية النمائية على اكتساب القدرات الاجتماعية وتطويرها من خلال التمارين المتعددة بشكل فردي وجماعي. كما أن لهذه النظرية أهمية كبيرة في مجال الوقاية، حيث تبرز أهمية إتاحة الفرصة المتكررة للأطفال والشباب والكبار للتعبير عن أنفسهم وتعودهم على مواجهة المواقف الاجتماعية المتنوعة واكتسابهم للقدرات المطلوبة في الحديث أمام الناس. (حسان المالح، 1995)

### تفسير المدرسة المعرفية للرهاب الاجتماعي:

تعطي المدرسة المعرفية أهمية كبيرة لأفكار الإنسان عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل فهي تعتبر أن السبب الرئيسي للمخاوف الاجتماعية يكمن في طريقة تفكير الإنسان عن نفسه وعن غيره، فهو ينظر إلى نفسه نظرة سلبية ويقلل من إنجازاتها ونقاط القوة فيها، ويضخم نقاط ضعفه وقصوره، ومن ناحية ثانية يعطي الآخرين ونظرياتهم وآرائهم أهمية كبيرة غير واقعية ويحاول أن يرضيهم بشتى الوسائل.

ولقد وجد الباحثون أن عددًا من الأفكار التلقائية التي يفكر بها الإنسان تشكل جزءًا من اضطراب الخوف الاجتماعي، وهذه الأفكار سلبية بشكل عام وتتردد في ذهنه بشكل متكرر وأوتوماتيكي ( Automatic

Thoughts) وهي ترتبط بمجموعة أخرى مـن الفرضـيات الأساسـية للشخص نفسه حول ذاته وحول الآخرين، ومثال ذلك أن الشخص يتـردد في ذهنه أن كلامه ممل أو أن الناس يلاحقونه بانتباههم كي ينـالوا منـه ويستصغرونه. والفرضية الأساسية في التفكير هي: (إنني أقل أهمية مـن الناس وأن الناس كلهم أشرار ومزعجين) ويتوصل الإنسان إلى مثل هـذه الأفكار من خلال أخطاء في طريقة التفكير مثل التعميم من خلال تجارب قليلة. أو التضخيم لأمور بسيطة أو الاستنتاج الاعتباطي الافتراضي فـي أحيان أخرى. (حسان المالح، 1995)

ويرى انجرام وسـكوت Ingram, Scott (1990) وبيـك Beck (1960) أن الناس لا يتعلمون من خلال القواعـد التـشريطية أو الـتعلم الاجتماعي، ولكنهم يتعلمون من التفكير في المواقف وإدراكهم وتفـسيرهم للحوادث التي يمرون بها، **فهناك أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه إليها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام:**

1- الكفاءة أو القصور المعرفي، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء، فالشخص الذكي، المرن عقليًا، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ومحدود المعرفة، والأقل ذكاءً.

2- مفهوم الذات وما يحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناته الشخـصية وقدراته. فالشخص الذي يعتنق مفهومًا عن نفسه بأنه أقل كفاءة مـن غيره أو بأنه غير محبوب، عادة ما يتبنـى جوانـب مـن الـسلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الشخص الذي يعتقد أنه محبـوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة.

3- القيم والاتجاهات التي تبناها عن المواقف والأشخاص الذي تفاعل معهم. فالشخص الذي يعتقد أن الجاذبية الاجتماعية وتقبل الأشخاص الآخرين له أهم لديهم من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

4- التوقعات التي يتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تبناها في هذه المواقف وشدتها واستمرارها. (عبد الستار إبراهيم، 1993 )

ويؤكد كل من إليس (Ellis 1962)، وبيك (Beck 1996) على أن كثيرًا من الاضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل توقعاتنا غير العقلانية، وغير الواقعية خلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين. وتشير الدراسات في مجال الرهاب الاجتماعي أن لمرضى هذا الاضطراب أنماطًا سلوكية مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تميزهم عمن يعانون من الاضطرابات النفسية الأخرى، ومن أهم هذه السلوكيات سرعة الالتقاط للدلالات على وجود خطر يهدد المريض ،وذلك في اعتقاد المريض بأنه سوف يتعرض لشيء يؤدي إلي تقليل قيمته في نظر الآخرين في المواقف الاجتماعية، التي تحدث في الوجه أو ضربات القلب أو اعتقاد المريض بأن الآخرين سوف يلاحظونه وبالتالي يكونون انطباعات سلبية عنه، والتركيز على هذين الجانبين يحد من قدرة المريض على متابعة ما يحدث في المواقف الاجتماعي بشكل متكامل مما يؤدي به إلى التوصل إلى أفكار سلبية لا تعكس فعلا ما حدث في عمليه التفاعل الاجتماعي، أي أن الأفكار السلبية لدى المريض بالرهاب الاجتماعي حول المواقف الاجتماعية تنبع من تحيز معرفي في معالجة الموضوعات أكثر من كونها نتيجة للمتابعة

الموضوعية لما يدور حوله من خلال التفاعلات الاجتماعية . ويعتمد النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات الرهاب الاجتماعي، **على ثلاثة جوانب من سلوكيات المريض هي:**

1- الأفكار والسلوكيات التي تبعد المريض عن الدخول في الموقف الاجتماعي

2- ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي .

3- ما يحدث بعد تفادي أو الدخول في الموقف الاجتماعي .

(ناصر المحارب، 2000)

وفي الأعوام الأخيرة تزايد الاهتمام بالجوانب المعرفية باعتبارها من الأساليب الهامة للاضطرابات النفسية، ويرى جلاس وشياه Glass & Shea أن أعمال كلاً من: بيك Beck، وإليس Ellis، وماهوني Mahoney، وميتشنبوم Meichenbaum قد قدمت بديلاً للتحليل النفسي التقليدي وللنماذج السلوكية للاضطرابات الانفعالية. وبدلاً من النظر إلى الرهاب الاجتماعي على أنه يتصل بعوامل نفسية لا شعورية، أو أنّه يتصل بعملية تشريط سابقة فإن النظرية المعرفية تقترح أن التقديرات السلبية للذات، والتفسيرات الخاطئة للأحداث، والتفكير المشوه، والتوقعات غير الواقعية، والمعتقدات غير المنطقية، والحوار الداخلي للأفكار تلعب دورًا هامًا في إحداث الاضطرابات النفسية بصفة عامة والرهاب الاجتماعي بصفة خاصة.

(أحمد متولي عمر، 1993)

## التشخيص الفارق للرهاب الاجتماعي والاضطرابات الأخرى:

يشترك الرهاب الاجتماعي كاضطراب نفسي مع عدد من الحالات في وجود الخوف. ويجب تفريقه عن الحالات الأخرى مثل الخوف الطبيعي من بعض المواقف الاجتماعية، فالخوف من الحديث أمام الآخرين يوجد لدى معظم الناس وهذا شيء طبيعي، وهذا الخوف لا يمكن أن يطلق عليه اسم اضطراب إلا إذا كان شديدًا ومعطلاً، إضافة إلى توفر شروط التشخيص. (حسان المالح، 1995: 95) فالأفراد الذين يعانون من نوبات الرعب والفزع من التجنب الاجتماعي يقدمون أحيانًا مشكلة تشخيصية صعبة، فاضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن الواسعة يتميز بالبداية الأولى لنوبات هلع غير متوقعة وتجنب مواقف متعددة ينتج عنها شعور بالرعب، ورغم أن الأفراد يتجنبون المواقف الاجتماعية في حالة اضطراب الهلع بسبب الخوف من رؤيتهم، فتنتابهم نوبات رعب غير متوقعة وغير مرتبطة بمواقف اجتماعية وبذلك لا يتم تشخيص الخوف على أنه خوف اجتماعي، ويتميز الخوف الاجتماعي بتجنب المواقف الاجتماعية في غياب نوبات الهلع غير المتوقعة.

(American Psychiatric Association, 2000)

ويشير محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن (1998) إلى أن العلاقة بين الخوف الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobia علاقة معقدة ولكن التمييز بين هاتين المجموعتين التشخيصيتين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب. فالخوف الاجتماعي يكون في الغالب لدى الرجال بينما الخوف من الأماكن الواسعة يكون في الغالب لدى النساء، وأعراض القلق في الرهاب الاجتماعي أكثر توقعًا أن تشتمل على الحمرة واختلاج العضلات، وأقل توقعًا أن تشتمل على

صعوبات التنفس أو الدوخة بشكل أكبر مما يحدث في حالات الخوف من الأماكن الواسعة، وكذلك فإن حالات الخوف الاجتماعي نادراً ما يخشون الموت أثناء نوبة القلق. بينما نجد أن كلاً من ذوي الخوف الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة قد يتجنبون الأماكن العامة. ويخشى أصحاب الخوف الاجتماعي الخزي والارتباك في وجود جمهور حتى في غياب الأعراض الجسدية للقلق، بينما تخاف حالات الخوف من الأماكن الواسعة عادة من حدوث نوبات هلع، وبينما يبحث أصحاب الخوف من الأماكن الواسعة عن الناس لاستبعاد القلق فإن الخائف اجتماعيًا يهدأ بشكل عام بالهروب من الناس.

أمّا الاختلاف عن حالات القلق الحاد أو الهلع (Panic disorder) حيث يأتي المريض نوبات من القلق الحاد، ويشعر الفرد بزيادة ضربات القلب ويصبح تنفسه سطحيًا إضافة إلى شعوره بأنه سيغمى عليه، وغير ذلك من أعراض القلق الحادة، وتشير بعض الدراسات إلى أن حالات الخوف الاجتماعي تشكو من احمرار الوجه كعرض أساسي للقلق بينما حالات القلق الحاد (الهلع) تشكو من ضغط وألم في الصدر كعرض أساسي للقلق. أمّا الاختلاف عن الرهاب الاجتماعي المحدد البسطة (Simple Specific phobia) فهو تفريق سهل حيث يكون الخوف المرضي من مثير محدد مثل الخوف من المصاعد أو الخوف من رؤية الدم، كما أن أكثر الرهاب الاجتماعي المحدد البسطة تظهر في سن مبكر وفي مرحلة الطفولة. (حسان المالح، 1995:)

ويشير أحمد عكاشة (1998 ) إلى أنه كثيرًا ما يبرز الخوف من الأماكن الواسعة والاضطرابات الاكتئابية مع الرهاب الاجتماعي, أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع

مضاعفات الخوف من الأماكن الواسعة، وإذا كان التمييز بين الحالتين صعبًا جدًا، يعطى التفضيل لتشخيص الخوف من الأماكن الواسعة وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود زملة اكتئابية خالصة.

## الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية

## Social phobia and Avoidant personality disorder

تصنف الشخصية التجنبية في المجموعة (جـ) من اضطرابات الشخصية التي تتميز بعدم المرونة والتكيف، وتتميز الشخصية التجنبية بالشعور بعدم الراحة والخوف من التقويم السالب والخجل، والمصابون بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ولا يحبون الدخول في علاقات اجتماعية إلا بعد الحصول على ضمان بالقبول وعدم النقد، ويتجنبون العمل الذي فيه علاقات اجتماعية، ويشعر الفرد (المصاب) بالتوتر في المواقف الاجتماعية من قبول غير مناسب أو عدم القدرة على إجابة سؤال. (محمود حمودة، 1997 )

ويشارك اضطراب الشخصية التجنبية عدد من الخصائص مع الخوف الاجتماعي ويكون الأمر صعبًا عند التشخيص، وعندها يمكن إطلاق كلا التشخيصين إذا توفرت صفات الشخصية التجنبية بشكل واضح إلى كون أعراض القلق والخوف شديدة. أما إذا كانت أعراض القلق في المواقف الاجتماعية خفيفة ومتغيرة، ولا يعتقد الإنسان أن خوفه وارتباكه شديدًا أو غير منطقي بل يصف نفسه بأنه فقط يشعر بالتوتر والارتباك والحساسية في المواقف الاجتماعية, فإن تشخيص الشخصية التجنبية هو الأرجح لا سيما إذا كانت لديه الصفات الإضافية المطلوبة لتشخيص هذه الشخصية.

كما يتصف اضطراب الشخصية التجنبية بنمط دائم من تجنب التفاعل المتبادل بين الأشخاص، والخوف من الرفض والاعتراض على ما يقوله، وكذلك الخوف من الخجل واحمرار الوجه، أو الخوف من الأداء بشكل ضعيف في اللقاءات الاجتماعية وخاصة منها الفجائية. (ديفيد هـ بارلو، 2002). بينما يصف (أحمد عكاشة، 1998) الشخصية التجنبية بأنها تتميز بأحاسيس مستمرة وواسعة المدى بالتوتر والتوجس، وإحساس بعدم الأمن والدونية، والسعي الدائم لحب وقبول الآخرين، كما تتميز بحساسية مفرطة نحو الرفض والنقد ورفض الدخول في علاقات إلا بعد الحصول على ضمانات شديدة بالقبول غير المشروط بنقد، وارتباطات شخصية محدودة جداً واستعداد دائم للمبالغة في الأخطار المحتلة في المواقف اليومية إلى حد التجنب لبعض النشاطات المعنية، ولكن ليس إلى حد التجنب الموجود في الرهاب.

ويمكن أن يكون تشخيص الخوف الاجتماعي أكثر سهولة إذا كان ظهور أعراضه المرضية متأخرة نسبيًا إلى ما بعد سن 25 سنة، وكانت ملامح الشخصية أكثر إيجابية، ولا توجد صفات الشخصية التجنبية بشكل واضح، أو أن ظهور الأعراض قد بدأ بعد صدمة خاصة من موقف معين حدث فيه الارتباك والقلق الشديد أو الانتقاد من الآخرين. (حسان المالح، 1995) فالشخصية التجنبية تتميز بنمط من السلوك والصفات المرتبطة بالانزعاج وصعوبة العلاقات مع الآخرين، والخوف من التقدير السلبي من الناس، **ولتشخيص الشخصية التجنبية لا بد من توافر أربعة من الأعراض التالية:**

1- يتضايق بسرعة عندما يوجه إليه النقد.

2- عدم وجود أصدقاء أو يكون لديه صديق واحد.

3- لا يبني علاقات مع أحد إلا إذا توفر ضمان أن يكون مقبولاً أو محبوبًا من الطرف الآخر.

4- تجنب النشاطات الاجتماعية التي تستدعي اتصالاً مباشرًا مع الآخرين.

5- قليل الكلام خشية أن يقول شيئًا غير مناسب أو الخوف من عدم القدرة على إجابة سؤال.

6- الخوف من الارتباك أو تظهر عليه علامات القلق.

7- تضخيم الصعوبات المحتملة أو المخاطر عندما يهم بالقيام بعمل ما.

(American Psychiatric Association, 2000)

## تعليق على النظريات:

من خلال العرض السابق لمفهوم اضطراب القلق واضطراب القلق الاجتماعي، نجد أن هناك اختلافًا لآراء هؤلاء العلماء والخلط بين هذين المفهومين. حيث يرى بعض علماء النفس أن هناك تشابهاً في الأعراض والحالة النفسية التي يكون عليها الفرد عند معاناته من الخوف، حيث يشير أحمد محمد عبد الخالق، (2000:) إلى أن المترجمين الأوائل لكتابات فرويد أخطئوا في ترجمة الكلمة الألمانية Angst والتي تعني القلق، على أنها الخوف، كما أشار إلى ذلك "رادو Rado" وأن فرويد نفسه كان يجهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام كما يذكر ليفت أنه في حالة الأغراض العلمية التجريبية لا فرق بين القلق والخوف، وأشار حسام الدين عزب (1981: 58) إلى أن هناك بعض السيكولوجيين أمثال فولبة، ورخمان، وأيزنك يرادفون بين القلق والخوف، ويشير (أرون بيك ، 2000 ) إلى أن كثيرًا ما يتم الخلط بين تعريف القلق وتعريف الخوف، وهذا التداخل يفسد المزايا المستفادة من استعمال لفظين مختلفين لتسمية

ظاهرتين منفصلتين رغم ما بينهما من صلة. فهذا فرويد يتحدث عن مخاوف واقعية ومخاوف غير واقعية، ويسمى الأخيرة قلقًا. وبالإمكان الفصل بين الخوف والقلق، فالخوف صنف معين من الفكر، بينما القلق انفعال، وبهذا نرى أن علماء النفس منهم من يؤكد على وجود بعض الفروق بين القلق والخوف، فيما يرى البعض الآخر وجود تشابه بينهما، ويرجع الخلاف إلى تحديد مصادر الخطر، حيث يرى أن مصدر القلق داخلي، أما مصدر الخوف فهو خارجي. أما بالنسبة لأعراض اضطراب القلق وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي فهي تتشابه في بعض الأعراض وتختلف في البعض الآخر وهذا ما ذكره الباحث في الإطار النظري.

أما بالنسبة لتفسير مدرسة التحليل النفسي لمفهوم اضطراب القلق والخوف التي من روادها فرويد، وكارن هورني، وسوليفان، وفروم، وغيرهم. كانت نظرتهم في تفسير القلق من منطلق العصاب حيث كان ينظر فرويد إلى القلق وعلاقته بالشخصية في ضوء الماضي والخبرات الأولى التي تؤثر على حياة الفرد. كما اهتم فرويد مؤسس المدرسة التحليلية بأهمية كبت الرغبات الجنسية والعدوانية ودورها في إثراء مشاعر القلق لدى الفرد. كما أنه بالغ في تركيزه على الغرائز الجنسية والعدوانية ودورها في مشاعر القلق. وإذا كان التحليليون الكلاسيكيون لم يعطوا اهتمامًا للتجريب العلمي، وبذلك تكون تفسيراتهم من منطلقات نظرية بحتة، فإن إتباع فرويد وهم التحليليون الجدد أمثال كارن هوروني وفروم وسوليفان وغيرهم. كان من أسباب نظريتهم عن القلق، الربط بين الخبرات الماضية والواقع المعاش الذي يتأثر به الفرد في جميع مراحل النمو، ومن ثم يتحدد سلوكه في المواقف التي تكسبه خبرة

القلق. فالفرد في نظر هؤلاء العلماء لم يعد أسيرًا للخبرات الماضية حتى ينشأ لديه القلق ويتحكم في حاضره ومستقبله بل يتأثر بواقعه الحالي، ولعل ما يميز هؤلاء العلماء هو أنهم أول من أشار إلى آراء تحليلية أخرى تقع خارج الأفكار التي طرحها فرويد، سواء من الرغبات الجنسية أو خارج إطار اللاشعور. فقد اهتم هؤلاء العلماء بالعوامل البيئية والأسرية والثقافية وغيرها. وبذلك وضع التحليليون الجدد حلاً واقعيًا في إمكانية الخلاص من القلق باعتباره مشكلة العلاقات النفسية وعائقًا لتطلعات الفرد في المستقبل، وإبدالها بمشاعر الطمأنينة النفسية والإحساس بالراحة والأمن النفسي بدلاً من مشاعر القلق.

**المدرسة السلوكية** فكما هو معروف عن أصحاب هذا الاتجاه أنهم لا يهتمون بالأسباب الكامنة المؤدية للقلق، قدر اهتمامهم بالأعراض الناتجة عن القلق وكيفية التخلص منها أو طرق علاج هذه الأعراض، فالسلوكيون ينظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط الاشتراط التقليدي (الكلاسيكي) وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح هذا المثير قادرًا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. وعلى الرغم من نظرة الكثيرين من علماء النفس لتلك النقطة على أنها سلبية، إلا أن السلوكيين يعتبرونها نقطة إيجابية. فالمدرسة السلوكية لا تؤمن بدوافع اللاشعور كما عند المدرسة التحليلية بل يفسرون في ضوء الاشتراط التقليدي. ومن مميزات المدرسة السلوكية: أن لديها فنيات جيدة في التعامل مع بعض الأمراض النفسية، والعصابية بصفة خاصة، كما أن المدرسة السلوكية تعتمد على الأبحاث التجريبية المعملية القائمة في ضوء نظريات التعليم، وهدف المدرسة السلوكية يكون واضحًا ومحددًا، كما أن فترة العلاج محددة وقصيرة الأمد. وبالتالي نجد أن

المدرسة السلوكية لها مزايا ولها في نفس الوقت عيوب كما هو حاصل مع المدرسة التحليلية التي لها مزايا ولها عيوب.

**المدرسة الإنسانية** والتي تمثل أحد الاتجاهات المفسرة لاضطرابات القلق، فإننا نجد علماء هذا الاتجاه يؤكدون على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، لذا كان محور دراساتهم يرتبط بهذا الخصوص مثل الإرادة والحرية والمسئولية والابتكار.وتميزت هذه المدرسة بنظرتها السامية للإنسان، فلقد نظرت للإنسان باعتباره كائناً حيًا مفكرًا حرًا له توجهاته نحو المستقبل فتشغله قضية وجوده، ويسعى لتحقيق ذاته، كما أنه يتلمس معناً لحياته ويبحث عن حريته ويشغله المستقبل وما سيحققه فيه وما إذا كان سيحمل له هذا المستقبل من أخطار قد تعيق تحقيق إمكانياته ومن ثم يكون القلق بشأن المستقبل.

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث تهدد وجود إنسانيته، كما يذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع فجائية الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

وفي الآونة الأخيرة جاءت النظرية المعرفية التي تفسر اضطرابات القلق على أنه نتيجة للمعتقدات الخاطئة والتفكير الخاطئ لدى الفرد مما يسبب له الاضطراب النفسي.فالنظرية المعرفية جاءت بعد صراع بين كل من المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية حيث يذكر بيك Beck أن هناك تناقض ما بين المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية ويوجد خلافات عميقة بينهم، فكلاهما يرفض الآخر بتوصيف المريض لأحواله النفسية بمعناه الظاهري. فالسلوكيون لا يعولون على الخبرات الذاتية للمرضى بل تستبعد

من دائرة البحث العلمي باعتبار أنها غير قابلة للتحقيق من قبل ملاحظين آخرين. أم التحليليون فيرون أن الفكر الواعي ما هو إلاً نتـــاج قــوي لا شعورية دائبة في إخفاء المعنى الحقيقي للأحداث، فالنظرية المعرفية تقف موقفًا يأخذ بعين الاعتبار كل المعاني الواعية والأحداث الخارجية. فهــو يعتمد على الأفكار والمشاعر والرغبات التي يصفها المريض ويعتبرهــا مادته الخام، وهو أيضًا يقبل تفسيرات المريض للوقائع بوصفها معطيـــات أساسية لا بوصفها ستارًا يخفي معاني أعمق كما يفترض التحليل النفسي. وأحيانًا ما يكون من الضروري غربلة الأفكار التلقائيـــة وغيرهـــا مـــن استبطانات المريض لكي تمكن من تحديد المعاني والدلالات التي يتضمنها وعي المريض وإبراز المشكلات المعقدة التي يتخذها. وترى هذه المدرسة أن الاضطرابات النفسية تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير. ويحدث القلق إذا اعتقد الفرد أن حجم الخطر المتوقع يفوق قدراته المدركة علـــى التعامل مع الموقف بنجاح.

من خلال عرض النظريات المفسرة للقلق نجد أن كل مدرسة قدمت إضافات جديدة مختلفة تختلف عما قدمته الأخرى, وهذا يدعو إلى المزيـــد من البحوث والدراسات للكشف عن الغموض الـــذي يكمـــن حـــول هـــذا المرض.

وأخيرًا يرى الباحث أن النظريات المفسرة للقلق، كانت تأخذ جانباً أو بعض الجوانب وتغفل جوانب أخرى . حتى جاءت النظرية المعرفيـــة برؤية خاصة في ميدان العلاج النفسي، فأصحاب هذا الاتجـــاه يـــرون أن القلق يظهر لدى الإنسان ليس بسبب ما يمر به من أحداث وليس بـــسبب خبراته الماضية، ولكن بسبب أسلوب التفكير الخاطئ الـــذي لا يخـــضع للمنطق، وتبني مجموعة من المفاهيم والمعتقدات الخاطئة . ولعـــل أهـــم

مزايا هذه النظرية أنها أخذت العديد من الباحثين في اتجاه جديد لم يسبق له البحث في ميدان العلاج النفسي .كما يتميز هذا الأسلوب بأنه استفاد من خبرات المدارس النفسية التي سبقته في هذا المجال، مثل المدرسة التحليلية، المدرسة السلوكية، والمدرسة الإنسانية .

بالرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي إلا أنه أهمل جانباً مهماً، وهو الجانب الديني كما أهمله غالبية علماء النظريات النفسية السابقة، ألا أن بعض العلماء أشار إلى أهمية هذا الجانب مثل يونج، كما يوجد العديد من الدراسات التي تؤكد على أهمية هذا الجانب حيث يذكر طه رامز (2001 ) أنه يوجد العديد من الدراسات العلمية والتي تدل على أهمية الجانب الديني في علاج عدد من الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والخوف والوساوس القهرية وخلافه. حيث كانت النتائج في 80% من الحالات تفوق نتائج العلاج النفسي بأساليب ومدارس غربية، وكذلك هناك دراسات أكدت على قوة هذا الجانب الديني, ويذكر من خلال ممارسته للعلاج النفسي، أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأنسب للفرد العربي، لأنه يميل إلى هذا الأسلوب بسبب مخاطبته للعقل الواعي وتعديل التفكير، من خلال المناقشة المنطقية ودحض الأفكار الانهزامية الخاطئة وغير المنطقية وعدم الخوض في العقد الجنسية واللاشعور، وهذا الأسلوب العلاجي يتوافق مع أسلوب الدين الإسلامي في علاج النفس وتصحيح انحرافها.

فالإسلام قد قام في كل بنائه على حماية الإنسان من القلق والخوف، وحقق له الآمن والسكينة والطمأنينة عن طريق العبادة التي تجعل النفس الإنسانية وحدة متآلفة تواجه مصادر القلق والاكتئاب، وأما من يعرض عن هذا الدين فإنه يمكن أن يعاني من مشكلات نفسية مختلفة, قال تعالى ﴿وَمَنْ

أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا﴾ [سورة طه آية: 124] وفسر علماء التفسير بالضنك بأنه الضيق والحزن والقلق وذلك بسبب تركه لعبادة الله سبحانه وتعالى، كما يذكر قتيبه الجلبي وفهد اليحيى (1995 ) إلى أنه يوجد اهتمام ملحوظ بالجوانب الدينية في الآونة الأخيرة في مختلف الدول. ففي الولايات المتحدة الأمريكية تأسست أكثر من جمعية لرعاية الإيمان والدين في العلاج النفسي، وكثير من تلك الجمعيات انبثقت من خلال نشاطات الجمعية الأمريكية للطب النفسي, وتلك النشاطات لم تنحصر في دور الدين كعامل مهم في حياة الإنسان الروحية والنفسية فحسب، بل تعدتها إلى دراسة دور الدين في تكوين الذات والشخصية على مختلف الأصعدة. وفي اليابان أيضًا لا يزال قسم كبير من المرضى العصابيين يعالجون بما يسمى بعلاج الموريتا Morita وعلاج النيكان Nican، بالرغم من أن العلاج النفسي التقليدي على الأسلوب الغربي لا يزال مقبولاً من قبل اليابانيين، وأن كلاً من علاج الموريتا وعلاج النيكان مستمدان من جذور الديانة البوذية.

فالإسلام هو الغذاء الروحي للإنسان المسلم، فالشخص المؤمن الملتزم بما أمر الله وما أمر الرسول صلى الله عليه وسلم هو أقل تعرضًا للأمراض النفسية، وأكثر قدرة للتصدي لها. فقد أوضح بعض علماء النفس أن الإيمان بالله هو أساس الاطمئنان النفسي والوقاية من القلق الذي يسيطر على بعض الأشخاص. قال تعالى: ﴿ الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُم بِظُلْمٍ أُوْلَئِكَ لَهُمُ الأَمْنُ وَهُم مُّهْتَدُونَ ﴾ [سورة الأنعام: 28]

## ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي

### مقدمة:

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبيًا ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة. ويرى بيك أن هذا النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومُثله تعد جميعًا بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسب الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعًا في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته.

ويرى بيك أن المنهج المعرفي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض، وجعله ينظر إلى أن اضطرابه باعتباره ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مر بمثلها في حياته السابقة، وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين انكشف له المغالطة الكامنة في الموقف، وبهذا المدخل الجديد في فهم الاضطرابات الانفعالية يستطيع الإنسان تغيير نظرته لنفسه وإلى مشاكله، فالإنسان ليس رهينة تفاعلات كيميائية أو مؤثرات وانعكاسات آلية، بل هو كائن عرضه للتعلم الخاطئ وللأفكار الهدامه، كما أن لديه القدرة على تصحيحها. (أرون بيك، 2000: )

ويحاول هذا النموذج العلاجي حث المرضى على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. ويقوم المعالج بمساعدة المريض في التعرف على تفكيره

الشخصي، وفي تعلم أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح لـــه الفرصـــة للتعرف على ما اكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة، وما قام بـــه من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيـــه الفرصـــة لتصحيحها وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصبغة التي سادت حياته اعتمادًا على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات . (عادل عبد الله، 2000 )

ويذكر محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الـــرحمن (1998) أن العلاج المعرفي يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التـــي تؤثر في السلوك ومن ثم فإن تغييرها سيترتب عليه بلا شك تغييـــر فـــي سلوك المريض.

ويرى مكـــدرموت (Mcdermott, S, 2004) أن العـــلاج المعرفـــي السلوكي من أكثر العلاجات النفسية استخداماً في علاج اضطرابات القلق، فالدراسات الحديثة في هذا المجال أثبتت أن العلاج المعرفـــي الـــسلوكي أسلوب فعال في خفض اضطرابات القلق،،وأن هذا النوع من العلاج يكون أقل تكلفة من العلاجات النفسية الأخرى، وكذلك العلاجات الطبية.

وسوف يتناول الباحث في هذا الجزء شرحًا لكل مـــن مفهـــوم العـــلاج المعرفي السلوكي، وتطوره التاريخي، وأساسه الفلسفي، وأهدافه، والمبادئ التي يقوم عليها، وفنياته المختلفة .

## نبـــذة تاريخيـــة:

تعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة فـــي مجـــال علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير مـــن القـــرن العشرين ولم يكن ذلك الاهتمام وليد الصدفة ولكنه كان بمثابـــة تـــصديق لفكرة الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار (محمد محروس الشناوي؛ محمـــد السيد عبد الرحمن، 1998 ) بل أن الفكرة الأساسية التي ينادي بها العلاج المعرفي السلوكي اليوم ظهرت قبل مئات السنين مـــن ظهـــور العـــلاج النفسي، فقد لاحظ الفلاسفة اليونانيون أن الإدراك يلعب دورًا هامًـــا فـــي تحديد نوع استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها خلال حياته، وفي هذا الخصوص يقول (ابيقور) لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن مـــن الآراء التي يحملونها غنها كما أنه من الممكن العثور على الجذور الأولى للعلاج المعرفي في الفلسفات الكلاسيكية القديمة، فقد مارس الفيثاغوريون تمارين عقلية لضبط النفس، وبحث الافلاطونيون عن الحقيقة التي كـــانوا ينتظرون ظهورها فيما يدور من حديث بين المعلمين وأتبـــاعهم، وتعلـــم الرواقيون التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمرينات مكتوبة ولفظيـــة فـــي عمليات التركيز والتأمل، وبعد ذلك بقرون قام ديكارت بإحياء المدرســـة العقلانية وطرح مذهب الثنائية التي أسهمت في بروز ظاهرة فصل العقل عن الجسم، وفي آخر القرن الثامن عشر وبداية القرن العـــشرين بدايـــة حركة تحقيق الشفاء باستخدام العقل والتي تؤكد على قدرة التفكيـــر علـــى تحسين صحة الناس وأحوالهم.

كما أن علماء المسلمين قد تنبهوا للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد اتصفت آرائهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيط به، فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولا

تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلو التراث الإسلامي أيضًا من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن في الحالة الصحية للناس ويبدو ذلك جليًا في القول المأثور (لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا). (ناصر المحارب، 2000:)

ويذكر علي كمال (1994 ) أنه مع بداية النصف الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي، وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بني هذا التذمر والنقد والتقنية للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية، وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار، لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العملية العلاجية، وجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء، وما يستجيب به من مسالك وعواطف،

وضرورة، أخذ هذه كله بعين الاعتبار في العملية العلاجية فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. **وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعًا من هذه الأنواع إلا أن اشهرها ما يلي :**

1- التصورات الشخصية لكيلي Kelly.

2- العلاج العقلاني الانفعالي لإليس Ellis.

3- العلاج المعرفي لبيك Beck.

4- أسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد Goldfried & Goldfried.

5- تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم Meichenbaum . (ناصر المحارب، 2000)

ولكن يرى بعض العلماء أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم بيك Beck حيث يذكر على كمال (1994 ) أن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبة باسم بيك Beck، ومع أن بيك وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي، إلاّ أنه لم يكن الأول الذي أسهم في أسلوب العلاج المعرفي، وذلك أن محاولة تحوير الفكر الخاطئ قد جرت بصورة أو أخرى عبر العصور، وقد ظهر الاهتمام بالعلوم المعرفية في الفترة ما بين 1955- 1965م ولكن التسليم بها كتطور هام في علم النفس لم يتم ألا في السبعينات، فقد كانت أفكار كيلي Kelly حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي، فلقد كان لكيلي أثراً كبيراً على حركة العلاج المعرفي؛ لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من

خلالها الفرد ما يدور حوله من تغيير السلوك، أما عالم الـــنفس الـــشهير ألبرت إليس Ellis فقد بدأ ممارسة العلاج النفسي 1943 من خلال التعامل مباشرة مع مشكلات المرضي واستطاع مـــساعدتهم فـــي التغلـــب علـــى مشكلاتهم في عدد قليل من الجلسات لا يتجاوز في الغالـــب 15 جلـــسة، وذلك باستخدام العديد من الفنيات. وقد درس إليس Ellis في الفترة ما بين 1935- 1955 عددا كبيرا من الأساليب العلاجية، ثم توصل عام 1955 إلي ما أسماه بالعلاج العقلاني، ولكنه غير اسمه في عـــام 1961م إلـــى العلاج العقلاني الانفعالي، فقد اعتمد إليس Ellis في نظريته على دمـــج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية، وكان إليس Ellis قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الانفعالي عددًا من الأفكـــار التـــي يعتقد أنها المسئولة عن الاضطرابات العصابية. (ناصر المحارب، 2000) واستمر هذا العلاج في التطور، وفي عام 1993م تم إضـــافة مـــصطلح السلوكي يصبح بعد ذلك باسم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ويـــرى اليس أن هناك تداخلاً وتشابكا بين الانفعال والتفكيـــر، وأن الفـــرد يفكـــر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت، ونادر ما يحدث أحد هذه المكونات دون الأخر وعلى ذلك قام إليس بتقديم أحد عشر فكرة لا عقلانية هـــي التـــي تسبب الاضطرابات المختلفة، فالتخلص من هذه الاضطرابات يمكن فـــي تعديل هذا التفكير اللاعقلاني، ولذلك قـــدم نموذجـــه المعـــروف A B C حيث يربط بين الحدث أو المنشط (A) بالنتائج الانفعالية (C) من خـــلال الاعتقادات والتفكير (B) وهكذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلـــى جعل المريض واعيا بمعتقداته غير العقلانية والنتـــائج الانفعاليـــة غيـــر المناسبة لتلك المعتقدات. (عادل عبد الله، 2000)

**أما مؤسس العلاج المعرفي فهو أرون بيك** وهو عالم متخصص في الطب النفسي ولد عام 1921 في جزيرة رود، تخرج من جامعة بـــروان Brown ما جنا كوم لودي، في عام 1943، كما حـــصل علـــى شـــهادة الدكتوراه عن جامعة ييل بالولايات المتحدة الأمريكيـــة 1946، وقـــضى عامين بعد حصوله على الدكتوراه فـــي مستـــشفي جزيـــرة رود أيلانـــد Rhode Island كطبيب مناوب، وبعد هذه الفترة قضى مدة أخرى فـــي العمل بالمجالين العصبي والطب النفسي في مستشفي المحـــاربين بمدينـــة فرامنجهام بولاية ماساتشوستس، وبعد ذلك عين كزميل في الطب النفسي بمركز أوستن ريجز Austen Riggs بمدينة ستوكبريدج.

وقد منح بيك Beck شهادة الطب النفسي والعـــصبي مـــن الهيئـــة الأمريكية للطب النفسي والعصبي عام 1953، وبعدها بعام واحـــد 1954 التحق بكلية الطب بنسلفانيا، حيث أصبح أحد أعضاء هيئة التدريس بهـــذه الجامعة، وفي السنوات الأولى من التحاقه بالجامعة التحق بمعهد فلاديلفيا للتحليل النفسي وتخرج من المعهد عام 1958. وبعد انتهائه من التعلـــيم، انطلق بيك ليبرهن أن النظرية التحليلية كانت صحيحة، ولكنه بعد العديـــد من الأبحاث والدراسات لم يتمكن من الحصول على ذلك البرهـــان فـــي دراسته لأحلام الأشخاص المكتئبين ولم يتحقق لبيك مـــا أراد مـــن هـــذا الدراسة، وقاده هذه الفشل في النهاية إلى تطوير النظرية المعرفية كطريقة لاستيعاب ومعالجة مرض الاكتئاب وبدأ في الاعتقـــاد بـــأن الأشـــخاص المكتئبين لم يسعوا إلى الفشل بل هم أشخاص شوهوا الواقع إلى نقطة أنهم لم يستطيعوا التعرف على النجاح، بالإضافة إلى ذلك فقـــد أجـــرى بيـــك أبحاث في الانتحار والقلق، والاضطرابات الهلعية، وتعاطي المخـــدرات، والمشاكل الزوجية، واضطرا بات الشخصية، وقد تلقي بيك العديـــد مـــن

أوجه التكريم نظير مساهماته في فهم وعلاج مرضى الاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري، كما حصل على الدكتوراه الفخرية (الشرفية) في علوم الطب عام 1982 من جامعة ألما ماتر براون، كما تم انتخابه في عام 1987 زميل الكلية الملكية البريطانية للأطباء النفسين، وقد ألف وشارك في تأليف ما يربو على 25 مقالة وثمانية كتب، كما قام بعمل عدة مقاييس. (Engler, Barbara, 1995:)

ويذكر باترسون (1990) أن بيك تدرب ومارس التحليل الكلاسيكي وأصبح غير راضي عن تعقيدات هذا التحليل وتجريداته، وقد فشلت محاولاته لتحقيق صدق المفاهيم التحليلية وتدعيم فروض التحليل عن طريق الدراسات العلمية، وأن تشجيع بيك لمرضاه كي ينغمسوا في تحليل معرفي لتفكيرهم ساعده على إعادة تشكيل مفاهيم عن الاكتئاب، والقلق، والخواف، والأعصبية المتصلة بالأفكار والأفعال المتسلطة (الوسواس القهري) وتصويرها على أنها اضطرابات معرفية وقد طور ألواناً من الأساليب لتصحيح التفكير الخاطئ الذي تبنى عليه تلك الاضطرابات، وبالتالي تخف حدة تلك الأعصبة. ولقد جذب هذا الحقل الجديد المتطور- العلاج السلوكي- اهتمام بيك حيث درس وتدرب عليه ومارسه، لقد شعر بيك أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية، ولكن هذه الفاعلية ليست راجعة إلى الأسباب التي قدمها المعالِجون السلوكيون، ولكنها راجعة إلى أن هذه الأساليب تؤدي إلى تغيرات اتجاهيه ومعرفية لدي الحالات المريضة، ومع أن العلاج السلوك محدد؛ ولأنه يغفل تفكير المرضى المتعلق بأنفسهم والمتعلق بالمعالج وبالعلاج- إلاّ أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المرضى وأهمية التخطيط المنسق لعملية

العلاج وأهميته التحديد الكمي للتغير السلوكي، أصبح ذا قيمة في نظر (بيك)شجعه على استخدامه في العلاج المعرفي. (س.هـ.باترسون1990)

**تعريف العلاج المعرفي السلوكي:**

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية بإحداث التغير المرغوب

فيه. فكلمة معرفي Cognitive مشتقه من مصطلح Cognition وقد استخدمت عدد من المصطلحات العربية العديد كترجمة لهذا المصطلح منها على سبيل المثال لا الحصر استغراق (المعجم الطبي الموحد، 1984) تعرّف (قشقوش، 1985) وذهن (العنزي، 1999) ولكن كلمة معرفي تستخدم بكثرة في التراث النفسي العربي والكلمات الثلاث الأولى (استعراف، تعرف، ذهن) هي الترجمات المناسبة لـ (Cognition). فالعلاج المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضييق الفجوة بين العلاج السلوكي التقليدي وبين العلاجات الديناميكية معتمداً في ذلك على فنيات تستند الي أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم، كما أن العلاج المعرفي يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد بوقت معين. (ناصر المحارب، 2000 )

**- تعريف المعجم الموسوعي لعلم النفس:**

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث تم استخدامه من قبل أرون بيك حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ، ويركز هذا

العلاج على المحتوى الفكري للمريض، ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية ويكون دور المعالج نشطاً في توعية المريض.

**تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه: تلك العملية** العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها، والعمليات المعرفية هي: الإحساس أو الإدراك والانتباه، والتذكر والربط، والحكم، والتفكير، والوعي.

(عبد المنعم الحفني، 1978:)

**ويعرف استيفن, وبيك ( Steven, D & Beck, A. 1995:)** العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

**ويعرفه الجلبي, واليحيى (1996؛)** بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة. ويستند على نظريات علم النفس المعرفي ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الاجتماعي.

**ويعرفه جلاس, وشيا Glass & Shea (1986):** العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات

النفسية، وهذا النوع من العلاج يقوم بإقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية، وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود

الفعل لديه, الدالة على سوء التكيف، ويهدف هـذا العـلاج إلـى تعـديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى المريض.
(Glass& Shea, 1986)

**كما يعرف كندول (Kendall. 1993)** العلاج المعرفي الـسلوكي بأنه "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المـساعدة بهـدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلـى ذلـك يهـتم العـلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي مـن حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (ناصر المحارب:2000)

**مبادئ العلاج المعرفي:**

إن الاضطرابات النفسية الشائعة تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير، ويبقى التحدي أمام العلاج النفسي أن يقدم للمريض فنيات فعالـة للتغلب على نقاطه العمياء Blindspot، (أي عجز المـرء عـن الفهـم والتمييز) وعلى إدراكاته المشوشة وطرائقه في خـداع ذاتـه. فـالعلاج المعرفي يتألف من كل الاتجاهات أو المداخل التي تخفف الكرب النفـسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة، والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعني التأكد على التفكير أن تغفل أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب أو الضيق النفسي، وهذا يعني ببساطة أننا نـؤثر في انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره, وبتـصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نخمد أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائـدة وغير المناسبة.

وهناك أساليب عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية، فالاتجاه العقلاني Intellectual الذي يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة، واختبار صحتها وإحلال مفاهيم أكثر ملائمة، وغالبًا ما تكون الحاجة إلى تغيير موقفي واسع النطاق. وذلك حين يعرف المريض أن القواعد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخدعته.

وهناك الاتجاه الخبراتي experiential الذي يعمد إلى تعريض المريض لخبرات تكوّن في نفسه قوة كافية لتغيير مفاهيمها الخاطئة. فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منظمة خاصة مثل جماعات المواجهة أو العلاج النفسي التقليدي، قد يساعد الشخص على أن يدرك الآخرين إدراكًا أكثر واقعية ومن ثم يعدل من استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم.

ففي جماعات المواجهة فإن الخبرات البين شخصية قد تخترق التوجهات غير التكيفية التي تعوق المريض عن المشاعر الحميمة، مثل ذلك يحدث في العلاج النفسي، فكثيرًا ما يستجيب المريض للدفء والقبول الذي يمنحه إياه المعالج النفسي بأن يعدل مفهومه الخاطئ، وقد أطلق على مثل هذا التغيير الخبرة الانفعالية المصححة، وأحيانًا يمكن تحقيق فاعلية العلاج النفسي عن طريق حث المريض على أن يدخل في مواقف كان سابقًا يتجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة عنها.

وهناك الاتجاه السلوكي Behavioral الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك هدفها تغيير نظرته إلى نفسه وإلى العالم الواقعي.

وعلى أية حال نجد أن العلاج النفسي له تأثير كبير في حل المشكلات ويعود ذلك إلى الثقة الكبيرة التي تستند إلى المعالج. وإلى قدرته

على تحديد المشكلات، ومهارته على تقديم مجموعة منظمة ومناسبة من الإجراءات العلاجية. (أرون بيك ، 2000)

**ويشتمل العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر بيك على عدة مبادئ نجملها فيما يلي:**

**1- التعاون العلاجي:**

من المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال. فحين يتخبط الطرفان في اتجاهات مختلفة كما يحدث أحياناً، فإن ذلك يصيب المعالج بالإحباط والمريض بالكرب. فمن الأهمية أن ندرك أن كلاً من المعالج والمريض قد يتصور العلاقة العلاجية بشكل مختلف، وللحد من هذا الاختلاف يتعين على كل من المعالج والمريض أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد أي المشاكل التي تتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف، فالاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم في تحديد نتائجه، فقد أكدت بعض الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيرًا عكسيًا في النتائج.

كما يتعين على المعالج أن يلتفت إلى التقلبات التي تعتري مشكلات المريض من جلسة إلى أخرى، فكثيرًا ما يصوغ المرضى (جدول أعمال) يضم الموضوعات التي يريدون تناولها في جلسة بعينها فإذا أهمل المعالج ذلك ولم يعطه اهتمامًا فإنه يضفي على العلاقة توتراً لا داعي له. ومن المفيد أن ننظر إلى علاقة المريض/ المعالج بوصفها جهدًا مشتركًا فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المريض، بل بالأحرى أن يتحالف معه (ضدها) أي ضد مشكلة المريض إن تركيز الاهتمام على حل مشكلات

المريض لا على عيوبه المقترحة أو عاداته السيئة يساعده على أن يفحص مصاعبه بانفصال أكبر، ويذهب عنه مشاعر الخزي والدونية والتوجه الدفاعي، إن مفهوم الشراكة Partnership العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة الفنيات العلاجية، وعلى مزيد من المعلومات المفصلة عن أفكار المريض ومشاعره، ومن شأن ترتيبات "الشراكة" كذلك أن تحد من إقبال المريض على أن يسقط على المعالج دور السوبرمان. (أرون بيك، 2000 ).

**ب- تأسيس المصداقية:**

لا تبرأ الاقتراحات والصياغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدرا لبعض المشكلات، فحين ينظر المرضى إلى المعالج كنوع من السوبرمان يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة, مثل هذا التناول الضعيف لافتراضات المعالج وأخذها على علاتها يحرم العلاج من التصحيح الذي يمكن أن يأتي به التقييم النقدي من جانب المريض لآراء المعالج. وهناك مشكلة تتعلق بالمرضى الذين يستجيبون آليًا لتصريحات المعالج بالشك والريبة، ويظهر ذلك في أبلغ صورة عند مريض البارانويا والاكتئاب الشديد، فحين يعمد المعالج إلى كشف التحريفات التي يقوم بها المريض بصورة الواقع قد يجد نفسه متورطًا في المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض، لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكل ما أو يجد نقطة التقاء ما بينه وبين المريض، فيشرع عندئذ في توسيع دائرة الاتفاق بدءًا من هذه النقطة، فالمدخل الأسلم في تأسيس المصداقية هو أن توصل للمريض رسالة من قبيل "أن لديك أفكار معينة تضايقك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة وقد تكون غير ذلك، لنفحص الآن بعض هذه الأفكار" وباتخاذ هذا الموقف

المحايد يستطيع المعالج عندئذ أن يشجع المريض على أن يعبر عن أفكاره المحرفة، مصغيًا إليها بانتباه، ويمقدوره بعد ذلك أن يستطلع به الأمر ويجس النبض كي يحدد ما إذا كان المريض مهيئا لفحص الأدلة المتعلقة بهذه التحريفات، ويبدى كثيرًا من المرضى اتفاقهم مع المعالج لا لشيء إلا لخوفهم من مناوأته وحرصهم علي إرضائه، فالمريض الذي يقول "أنني اتفق معك فكريا لا انفعاليا" يزودنا بمفتاح لكشف مثل هذا الوفاق السطحي، تشير مثل هذه العبارات بعامة إلى أن تعليقات المعالج وتأويلاته قد تبدو منطقية للمريض ولكنها لا تنفذ إلى قلبه ولا تمس منظومته الاعتقادية الأساسية، فهو ما يزال يتصرف وفقًا لأفكاره الخاطئة، بل أن الملاحظات السلطوية التي تروق للمريض وتشفي توقه إلى تفسير لشقائه قد تمهد السبيل لخيبة أمل كبيرة عندما يجد ثغرات في هذه الملاحظات والصياغات، لذا نقول أن ثقة المعالج في دوره كخبير يجب أن تمتزج بكثير من التواضع، فالعلاج النفسي يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والصياغات لتجديد الأنسب من بينها، ويشكل التفكير الضلالي اختبارًا حاسمًا لثقة المريض في المعالج، ومن الحكمة ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الأفكار المحرفة مباشرة، فإذا لم يستطع المعالج أن يتصدى الأفكار المحرفة ذاتها فبوسعه أن يعين المريض على احتماله، ومن المحتمل في الحالات الأقل شده أن يتعامل المعالج مباشرة مع الأفكار المغلوطة، على أن يتحلى بالحصافة ويقدر مدى تقبل المريض لعبارات فيها تحد لتصوراته المحرفة، وقد يثار المريض عندما تقول له أن أفكاره خاطئة، ولكنه قد يستجيب إيجابياً لسؤال مثل "هل هناك تفسير أخر لهذا السلوك، وما دامت محاولات المعالج للتفسيرات والتوضيح في حدود مقبولة من جانب المريض، تظل فجوة المصداقية بينها كأضيق ما تكون. (أرون بيك : 2000 )

### ج- اختزال المشكلة:

كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد يستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات فقد يلتمس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات مثل الأرق والقلق وألوان من الصداع، بالإضافة إلى مشكلات بينشخصية، حينئذ لا مفر مما يسمى "اختزال المشكلة" أي تعرف المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معا. وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخير الفنيات المناسبة لكل مجموعة منها, ولنأخذ مثالاً على ذلك حالة المريض الذي يعاني من رهابات متعددة، فالمرأة التي كانت تعاني بشكل كبير الخوف من الطائرة، السباحة، المشي السريع، الجري، الخوف من الرياح الشديدة، الطقس الحار والرطب. في مثل هذه الحالة فإن علاج كل رهاب على حدة عن طريق "خفض الحساسية المنظم" يتطلب جلسات علاجية لا تحص، غير أننا استطعنا العثور على قاسم مشترك لكل تلك الأعراض، وهو خوفها المسيطر من الاختناق, لقد كانت هذه المرأة تعتقد أن كلا من تلك المواقف الرهابية يمثل خطر الحرمان من الهواء، وبالتالي الاختناق. ومن ثم اتجه تركيزنا العلاجي مباشرة إلى هذا الخوف المركزي كما يمكن تطبيق مبدأ "اختزال المشكلة" أيضا بشأن الأعراض المتنوعة التي يشملها مرضى معين كالاكتئاب، فحين يتركز العلاج على عناصر محورية معينة مثل نقص اعتبار الذات أو التوقعات السلبية، يمكنه أن يثمر تحسناً في المزاج وفي السلوك الظاهر. (المرجع السابق:2000 )

### د- تعلم التعلم: *Learning to learn*

ليس من الضروري أن يساعد المعالج مريضه على أن يحل كل مشكلة تزعجه ولا هو من الضروري أن يتوقع كل المشكلات التي يمكن

أن تحدث بعد انتهاء العلاج، ويحاول أن يحلها مقدمًا، أن هذا الصنف من التعاون العلاجي الذي فصلناه أنفا هو موصل جيد لصنف خاص من التعلم، فهو يعلم المريض أن ينمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات، إن المريض بمعنى ما "يتعلم أن يتعلم" وقد أطلق على هذه العملية " التعلم الثاني. إن هذا المدخل العلاجي، مدخل "حل المشكلات" يضع عن كاهل المعالج كثيرًا من المسئولية ويدفع المريض للاشتراك بنشاط أوفر في التعامل مع صعوباته، إنه يقلل اعتمادية المريض على المعالج فيزيد بذلك ثقته بنفسه واعتباره لذاته، وربما يكون أهم من ذلك أن طريقة المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات عديدة وتأملها توفر معلومات أكثر بكثير مما تتيحه أي طريقة أخرى، كما أن مشاركة المريض في وضع القرار تساعده بالتأكيد على تنفيذه. ولكي نوضح فكرة "تعلم التعلم" لنمعن النظر في المشكلات العملية والبينشخصية التي تدخل في الأعراض المختلفة لأحد المرضى، فمثلاً امرأة كانت مبتلاة دائمًا بالصداع ومشاعر التوتر والأرق فحينما ركزت المراة على مشكلاتها بالعمل والمنزل أمكنها أن تجد بعض الحلول لها، وقل تعرضها للأعراض السابقة، وقد أمكنها أن تعمم هذه الدروس العملية وتحل بها مشاكلها الحياتية الأخرى، بحيث لا يلزمنا أن نتناول جميع مشكلاتها في جلسات العلاج. كما يشمل (تعلم التعلم) ما هو أكثر بكثير من اتباع بضع فنيات يستخدمها المريض في حل مجموعة عريضة من المواقف، فهذا المدخل يهدف في الأساس إلى أن يزيل العوائق التي كانت تمنع المريض من الاستفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع الداخلية والخارجية، أن الإحساس بالتحكم والسيطرة الذي يحدث في مشاعره جراء حل إحدى المشكلات كثيرًا ما يلهم المريض أن يتناول غيرها من المشكلات التي طالما تجنبها وأن يحلها، وهكذا لا يكون

عائد العلاج الناجح هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب، بل هو أيضًا تغير سيكولوجي دقيق يؤهله. لمواجهة التحديات الجديدة. (أرون بيك : 2000 )

**ويذكر ناصر المحارب (2000 ) أن هناك مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي وتتلخص في النقاط التالية:**

1- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفي. ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة منها:

أ - تحديد الأفكار الحالية للمريض (مثل أنا فاشل لا أستطيع عمل شيء كما ينبغي).

ب- تحديد الأفكار التي تساعدهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. (العزلة الاجتماعية، التردد، السلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعمها).

جـ- التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض (حادثة محزنة، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك يتعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها. (مثلاً عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل).

د - يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

2- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة

المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية.

3- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

4- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة.

5- يركز العلاج على الحاضر، وفي معظم الحالات يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك فقد يتطلب الأمر للماضي في الحالات التالية:

أ- رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك .

ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.

جـ- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

6- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجًا لنفسه كما أنّه يهتم كثيرًا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن للانتكاسة.

7- العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى. ويتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة تتراوح بين 4 – 14 جلسة.

8- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاستطاعة، والتعرف على الوضع الانفعالي للمريض، ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي، وإعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)، والتعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة، ومراجعة الواجبات المنزلية، تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر، ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة. يعلِّم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

9- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك.

10- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحًا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره حول المشكلة، ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

## أسس النموذج المعرفي:

**يستند النموذج المعرفي إلى عدد من الأسس طبقًا لآراء بيك Beck وهي:**

1- الطريقة التي يشكل بها الأفراد بنية الموقف تحدد كيف يشعرون ويسلكون.

2- تفسير الموقف الذي يحمل في طياته مكامن الضغط، وهي عملية نشطة مستمرة تشتمل على تقديرات متتابعة للموقف الخارجي وقدرات الشخص على مواجهة الموقف والمخاطر والتكلفة والكسب لمختلف الاستراتيجيات.

فعندما يقدِّر الفرد أن مصلحته الحيوية في خطر، فإنه ينزع إلى القيام بتصور متمركز حول الأنا ومنتقى بعناية بحيث يكون ملائمًا للخطر أو الخسارة مع تحديد البنيان المعرفي الموقف المسئول عن استثارة الوجدان وتعبئة الكائن للفعل (قلق) أو فشل الفعل. ويتوقف توجه السلوك نحو الهروب أو الهجوم أو الانزواء على مضمون البنيان المعرفي، كما أن الوجدانات الناتجة هي القلق والغضب أو الحزن.

3- لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة النفسية، كما أن الحساسية الخاصة للشخص يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها. فالناس يختلفون في حساسياتهم، فالضغط الذي يشكل لشخص ما قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر.

4- تؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، فعندما تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة، فالنظم المعرفية البدائية للفرد تنشط، وبالتالي يصدر الفرد أحكامه متطرفة ومنحازة إلى جانب واحد، ويفقد الفرد قدرًا كبيرًا من التحكم اللاإرادي في عمليات التفكير ويصاحب ذلك نقص في القدرة على التركيز.

5- تفسر الفروق في تنظيم الشخصية بعض التباين الكبير في حساسيات الأفراد للضغوط . مثلاً يختلف الأفراد ذوو النزعة الاستقلالية عن الأفراد ذوي النزعة الاجتماعية في نوع

6- الضغوط التي يتسمون بالحساسية نحوها. ويترتب على ذلك حدوث اضطراب نفسي يكون مشروطًا إلى حد كبير بدرجة الحساسية النوعية التي ترتبط ببيان الشخصية.

7- تتكون الزملات مثل اضطرابات القلب والاكتئاب من مخططات Schemas منشطة بقدر زائد وذات مضمون خاص بالزملة المعينة. (لويس مليكه، 1994)

**المصادر الأساسية لنظرية بيك Beck:**

**يذكر بيك Beck أن الأساس النظري في العلاج المعرفي كما صاغه مستمد من ثلاثة مصادر رئيسية هي:**

1- المنهج الظاهرتي أو المدخل الظاهرتي (نسبة إلى الفلسفة الظاهرتية)، الذي يقول بأن نظرة الفرد لنفسه ولعالمه هي منطلق سلوكي تعد محور السلوك. وهي فكرة بدأت مع الفلاسفة الإغريق ووجدت أصداء معاصرة لها في كتابات آدلر ورانك وهورني وقد أسهمت هذه الكتابات في ترجمة المفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي بصورة إجرائية.

2- المصدر الثاني هو إسهامات علم نفس الأعماق، أو النظرية البنائية، وخصوصًا نظرية فرويد التركيبية، التي أسهمت في عملية البناء المعرفي، أو البناء الهرمي للمعرفة، وقد قسمت إلى عمليات أولية، وعمليات ثانوية، في صياغة نظرية العلاج المعرفي.

3- إسهامات علم النفس المعرفي، فالتطورات الحديثة في علم النفس المعرفي لها أثر كبير في حداثة هذا العلم، ويعود الفضل إلى جورج كيلي 1955 بإسهاماته المتعددة، ويعتبر أول المعاصرين الذين أثروا

في هذا المجال بكتاباته عن التصورات الشخصية بوصفها محددًا للسلوك وتشديده على دور المعتقدات في تغيير السلوك. كذلك ساهمت النظريات المعرفية للانفعال مثل نظرية ماجدا أرنولد 1960 وريتشارد لازاروس 1984 التي تؤكد على أهمية المعرفة في التغيير الانفعالي والسلوكي، إلى النظرية المعرفية أيضًا. (Barpara, E, 1995)

**أهداف العلاج المعرفي:**

**يهدف العلاج المعرفي إلى تحقيق الأهداف التالية:**

1- التعامل مع تحريف الواقع التي يضمرها مريض البارانويا الذي يستنتج دون تمييز، عندما يرى أن الآخرين يريدون أن يؤذوه، وكذلك تحدث تحريفات للواقع أقل حدة من ذلك في جميع أنواع العصاب . فمثلاً قد يرى مريض الاكتئاب أنه لم يعد قادراً أن يكتب على الآلة الكاتبة أو أن يقرأ أو يقود سيارة ومع ذلك فحينما يطلب منه أداء هذه المهمة فإنه يقوم بأدائها. وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبيًا. من أمثلة ذلك (أني عبء على أسرتي)، وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر. مثل "لا أحد يحبني"، وفي مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية وبصفة خاصة عندما يصبح المريض مدربًا على تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، تزودنا بعمل جيد لكشف التحريفات. (أرون بيك ، 2001)

2- التعامل مع التفكير غير المنطقي، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائمًا على أساس افتراضات خاطئة، ومشتملاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من

المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات. فمثلاً مريض الاكتئاب يلاحظ أن هناك تسرباً بأحد صنابير الماء، أو أن إحدى درجات السلم مكسورة، فيستنتج إن المنزل برمته في تدهور وأنه تالف.

وفي الحقيقة أن المنزل بحالة ممتازة ماعدا المشكلات الصغيرة، نجد أنه أجرى زيادة تعميم كبيرة، وبنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون من مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر كثيراً ما يبدأون بمقدمات خاطئة. وعلى المعالج أن يتناول هذه الأفكار الخاطئة ومناقشتها وإثبات عدم منطقيتها في الجلسات العلاجية.

وبإيجاز فإن الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المريض. بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقيًا، ويركز العلاج المعرفي على حل المشكلات. (محمد محروس الشناوي، 1994، أرون بيك، 2001 )

**وتذكر جانت زارب ( Janet, Zarb , 1992) أن من الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي ما يلي:**

1- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته.

2- تعليم المريض كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب ونشوء ووجود استجاباتهما الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.

3- يشرح له أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.

4- يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية (غير السوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات

حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، يتم أيضاً تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات.

5- إن العلاجات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الإعمال وإعادة البناء والتوضيح وردود الفعل والانعكاسات، والتمرين والواجبات المنزلية.

6- إنشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المعالج والمريض، يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثًا من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبًا للفائدة.

**بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي:**

العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى يتراوح عدد جلساته في معظم الحالات ما بين 4 – 14 جلسة. وقد يتطلب الأمر في حالات معينة أن يكون العلاج بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، أو أكثر إذا كان المريض يعاني من أزمة بشكل أو بآخر. (ناصر المحارب، 2000 )

ويذكر محمد عبد التواب معوض (1996) أنه يمكن علاج حالات القلق غير الحادة في عدة جلسات قليلة، ويمكن أن يتم العلاج بواقع جلستين أو جلسة واحدة أسبوعياً، ولكن من الأفضل تنويع الجلسات فقد يوجد بعض الأسباب مثل البعد المكاني، بحيث تكون كل أسبوع أو كل أسبوعين جلسة واحدة.

أما فيما يتعلق بمدة الجلسة فإن الخمسين دقيقة هي المتعارف عليها في أنواع العلاج النفسي. ويبدأ العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقويم

المعرفي السلوكي – التي تستغرق في الغالب ما بين 1 – 3 جلسات والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المريض، وقد يستخدم فيها الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات . **ومن الأفضل أن يقوم المريض بما يلي بعد الجلسات التقويمية حتى نهاية العلاج:**

أ – يستمع المريض لما دار في الجلسة إذا كان قد تم تسجيلها, أو يقرأ ما لديه من ملاحظات حول ما دار بالجلسة للتأكد من أن ما دار في الجلسة يعكس حالته فعلاً وللاستفادة من النقاط الرئيسية التي تم التطرق لها في الجلسة.

ب– إكمال الواجبات المنزلية التي تم الاتفاق على القيام بها (تسجيل الأفكار السلبية في السجل الخاص بذلك والقيام بالسلوكيات المطلوبة الأخرى). (ناصر المحارب، 2000 )

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي.

### 1-التعرف على الحالة الوجدانية للمريض:

في الغالب يقوم المريض قبل البدء في الجلسة بإكمال مقياس القلق ويستحسن أن تتم مقارنة نتائج المقياس المستخدم مع التقرير الذاتي للمريض: المقياس يوحي بكذا ...؟ كيف بدأ لك الأسبوع الماضي؟

في الغالب يكون هناك تطابق كبير بين التقرير الذاتي للمريض وبين درجة المقياس.

## 2- وضع جدول عمل لما سيدور في الجلسة:

يناقش ذلك مع بداية الجلسة، وقد يبدأ المعالج بالآتي: قبل أن نبدأ أود أن أوضح ما نود عمله اليوم، أو بمعنى آخر نقرر ما نود عمله اليوم، أو بمعنى آخر نقرر ما نريد عمله وسوف نقوم بذلك مع بداية كل جلسة، بعد استعراض الجدول يشرح المعالج للمريض بعض الأمور مثل كون الوقت محدد، وأنّه من المهم أن نناقش أكثر الأمور أهمية، ويشتمل جدول العمل على إعداد قائمة بالمواضيع الأساسية للجلسة الحالية ومراجعة ما حدث بعد الجلسة السابقة، والتعليق على الجلسة السابقة واستعراض الواجبات المنزلية.

## 3- المواضيع الأسبوعية:

تراجع باختصار، ولكن بطريقة مقبولة، الحوادث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة، ثم يطلب من المريض إبداء رأيه فيما تم حتى الآن، وبعد ذلك تراجع الواجبات المنزلية وتناقش المشكلات التي اعترضت المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية والحلول الملائمة لها.

## 4- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية:

يتم استخدام الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تساعد المريض على التعامل مع الاعتقادات والأفكار السلبية والصعوبات التي واجهت المريض. وتختلف المواضيع التي تناقش من جلسة لأخرى. وتختلف الاستراتيجيات المختارة تبعًا لنوع الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض.

## 5- الواجب المنزلي للجلسة القادمة:

**تزداد فائدة هذه الواجبات إذا ما روعيت النقاط التالية خلال إعدادها:**

أ- تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة.

ب- تعرض بطريقة محددة وواضحة. وتعد بطريقة تجعل المريض يلاحظ نجاحه في القيام بها.

جـ- تكون مفهومة ومقبولة للطرفين (مثلاً الهدف هو اختبار صحة الفكرة التي تدور حول عدم قدرتي على القيام بأي شيء وليس للتعرف على ما سوف يحدث).

د- تصمم بطريقة لا يخسر فيها المريض، أي أن المريض سوف يتعلم شيئاً مفيداً سواء تم أو لم يتم التوصل إلى النتيجة المرغوبة. ولتفادي سوء الفهم يجب أن يكتب الواجب المنزلي وكذلك الهدف منه كما يجب (كتابة) ما تم فعله والنتائج التي خرج بها المريض.

يحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجبات المنزلية لذا من المهم أن يناقش المعالج مع المريض الصعوبات التي من الممكن أن تحدث في المستقبل، وكذلك الإجراءات التي من المكن اتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات.

## 6- التعرف على وجهة نظر المريض حول ما دار بالجلسة:

في هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل وتلخيص ما تعلمه ورأيه في الموضوع. ويجب التأكيد على أنك سوف تتقبل وترحب بأي ملاحظة، مهما كان نوعها، لأن ذلك يساعد

على التفاهم ويجعل المعالج في موقف يسمح له بأن يتصرف بطريقة منسجمة مع ما يشعر به المريض فعلاً. (ناصر المحارب, 2000 )

**العلاقة بين المعالج والمريض:**

التعاطف مع المريض من الأمور التي يحرص عليها المعالجون النفسيون الذين ينتمون للمدارس النفسية الديناميكية منذ أن أكد فرويد على أهميتها في العلاج التحليلي وحتى الآن، أما بالنسبة لمعظم المعالجين المعرفيين السلوكيين يؤكدون على أهمية علاقة المعالج بالمريض وعلى دورها في العملية العلاجية. فالعلاقة الإيجابية بين المعالج والمريض من الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح. ويفترض من المعالج المعرفي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المريض قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصدق مع مرضاه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات وأفكار ومشاعر المريض، وفي ما يبذله المعالج في سبيل جعل العلاج مختصر وفعال يساعد المريض على التحسن بسرعة.

كما أن من أهم ركائز العلاج المعرفي السلوكي الطبيعة التعاونية في تنفيذ العلاج والتي تبدأ في أول جلسة وتستمر حتى نهاية العلاج، **وتتطلب هذه العلاقة التعاونية ما يلي:**

1- دور نشط لكل من المعالج والمريض في سبيل تحقيق هدف واحد.

2- أن يبلغ المعالج المريض أن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات، حتى يتم التوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانيه من مشكلات، ولدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجي الملائم، ولدى المريض كل المعلومات عن خبراته الفريدة وهو الشخص

الوحيد الذي يستطيع شرح أفكاره ومشاعره.وهـذه الخبـرات تحـدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها.

3- أن يسمح للمريض بإبداء رأيه والتعليق على ما يجري وطرح الأسئلة لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعده في التوصل إلى اتخاذ القرارات واختبار البدائل التي تؤدي إلى تحسن حالته على أسس وثيقة.

والمعالجون المعرفيون السلوكيون ينادون بضرورة دفء المعـالج وتعاطفه مع المريض. ولكنهم يختلفون عما يذهب إليه روجرز Rogers في هذا الخصوص. فبالنسبة لروجرز يعتبر الدفء والعلاقـة المتعاطفـة عامل أساسي وكافٍ في إحداث تغييرات في شخصية المريض, بينما يرى المعالجون المعرفيون السلوكيون أن الدفء والعلاقة المتعاطفة ضـرورية ولكنها غير كافية لإحداث التغيير في شخصية المريض. (ناصر المحارب، 2000 )

ويذكر عادل عبد الله (2000 ) أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمـد في الأساس على ما يعرف (بالعلاقة العلاجية بين المعـالج والمـريض)، وهذه العلاقة تلعب دوراً أساسيًا في العلاج، ويشترط فـي ضـوء هـذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجيـة إلـى تلـك الارتباطات التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينـشأ بينهم، والأنشطة التي يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتي تهدف إلـى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهـة مـشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها.

**وتتضمن العلاقة العلاجية من وجهة نظر علماء المدرسة المعرفية ثلاث مكونات أساسية هي:**

**1- الاتفاقات: *Bords***

يتركز الاهتمام من جانب المعالج خلال هذا المكون على التعهد بإقامة علاقة علاجية مشتركة تشجع المريض على تحقيق المهام العلاجية الموجهة بالأهداف. وجدير بالذكر أنّه لا يوجد صيغة معينة لعلاقة علاجية واحدة يمكن أن تنشأ بين المعالج والمريض، لكن ما يحدث بينهما يعد بمثابة تعهد واتفاق على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذي يتم تحديده والاتفاق عليه في سبيل تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية، وقد تختلف الاتفاقات من مريض إلى آخر، ومن معالج إلى آخر، لكنها جميعًا في النهاية تعمل على تحقيق الهدف العلاجي العام والخاص وفقًا لظروف كلاً الطرفين.

وهناك جانب آخر في العملية العلاجية يعد على درجة كبيرة من الأهمية يتمثل في الأسلوب العلاجي الذي تسير العملية العلاجية في ضوئه والذي يمكن من خلاله أن تتحقق الأهداف التي يتم الاتفاق عليها أو يكون من الصعب تحقيقها. وقد يتسم هذا الأسلوب العلاجي بالإيجابية والنشاط أو يكون توجيهيًا، فإذا كان المريض سلبيًا استوجب على المعالج أن يكون أكثر إيجابية ونشاطًا، ويعتبر الأسلوب العلاجي بمثابة وسيلة لإقناع المريض بفعل شيء معين يتفق مع الهدف العلاجي والذي يتمثل في حالة العلاج المعرفي السلوكي في التعرف على الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية المختلة وظيفيًا إلى جانب العزو السلبي للأشخاص والأشياء والعمل على تصحيح ذلك وتغييره فيكون العزو طبيعيًا يتفق مع الواقع،

وتصبح الأفكار والاعتقادات أكثر عقلانية.

**2- الأهـداف Goals**

يتعلق هذا المكون بما ينبغي أن يتم التوصل إليه من خلال العمليـة العلاجية والذي يتمثل بشكل عام في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجـة للعلاج. ويتطلب تحقيق ذلك فهمًا مشتركًا لتلك المشكلات التي يفصح عنها المريض على أن يكون ذلك الفهم قائم على أساس منطقي يعتمد على التأكد وعدم الانحياز، وأن تتسم العملية العلاجية بالصراحة والوضوح يدعمها ما يحدث بينهما من مناقشات مستمرة يفصح المريض خلالها عن أهدافه التي تم تحديدها كأهداف مبدئية يرغب في تحقيقها دون إخفاء أي جانب منها، أو من تلك الأمور الأخرى التي تتعلق بها عن المعالج، وهي أمور تعتمد في الجانب الأكبر منها على تلك العلاقات التـي يقيمهـا المـريض مـع الآخرين، وعلى المعالج مراجعة تلك الأهداف المبدئية بشكل جيد على أن يشترك المريض معه في مراجعتها، وعلى أساس من الصراحة والوضوح والحوار المفتوح بينهما بحيث يتم تحديد أهداف أكثر واقعية بحيث تخـدم المريض بشكل فعال، فتساعده على التقليل من حدة ما يعانيه من مشكلات أو التخلص منها على المدى البعيد، وتجعله يتوقف عـن تلـك الأفكـار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية، وأن يتخلص مـن الانفعـالات غيـر الصحية ويستبدلها بانفعالات صحية.

**3- المهـام Tasks**

بعد أن تتم الموافقة على الاشتراك في العلاج يقوم المعالج بتحديـد العملية العلاجية للمريض بما تقوم عليه من أسس وأهداف، وما تسير في ضوئه من استراتيجيات ويبدأ المعالج بتقييم تلك المشكلات التي يعاني منها

المريض ويساعده على القيام بتقييمها في ضوء الإطار الذي يسير عليه العلاج، ثم يتم تحديد الأهداف بناءً على ذلك التقييم. ويترتب عليه تحديد الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي تحقق التغيير المنشود، كما يتم تحديد وتحليل تلك العقبات التي قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجي، والتي يأمّل المعالج والمريض التغلب عليها. حتى يتم في النهاية تحقيق ما تم تحديده من أهداف.

وهناك مهام معينة يسعى المعالج إلى تحقيقها خلال كل مرحلة من تلك المراحل التي تتضمنها العملية العلاجية, ويمكن تحديد ذلك على النحو التالي:

**أ- تحديد العملية العلاجية:**

تقوم العملية العلاجية في أساسها على الفهم الواضح من جانب المعالج والمريض لمسئوليات كل منهما في تطوير العلاج وتحقيق الهدف المنشود، والاتفاق على ذلك، وقيام كل طرف بمسئوليته من خلال تنفيذه للمهام الموكلة إليه، ونذكر مهمة المعالج في توضيح ذلك للمريض وتحديد المسئوليات المناطق به، وما ينبغي عليه أن يقوم به خلال العملية العلاجية، كما يجب على المعالج أن يراعي ميول واهتمامات المريض حتى يتم جذبه بشكل فعال للقيام بذلك وأدائه على النحو المنتظر .

**ب- تحديد مشكلات المريض وتقييمها:**

يتم ذلك من خلال التعرف على المتغيرات المعرفية والسلوكية ذات الصلة بالمشكلة وفهم تلك المتغيرات وتقييم أثرها. ومن وجهة نظر التعاقد العلاجي هناك أمران أساسيان يتضحان خلال هذه المرحلة يتمثل في:

1- الوصول إلى تحديد مشترك من جانب المعالج والمريض لتلك المشكلات التي يعاني منها المريض.

2- إجراء المناقشات بينهما وذلك للوصول إلى تصور مشترك لتلك المشكلات والتعرف على ما يكمن خلفها من أسباب حتى يمكن تحركهما في سبيل العلاج الفعال.

كما يجب على المعالج أن يستخدم اللغة التي يستخدمها المريض في حديثه عن تلك المشكلات، والمفاهيم التي يعتقنها فيما يتعلق بذلك، حيث يساعد هذا في جعل المريض يساهم بفاعلية في العملية العلاجية.

**ج - تغيير الفنيات:**

يبدأ المعالج بعد تحديد المشكلة في تحديد الفنيات التي يمكن أن تساعد في تحقيق الهدف العلاجي، ومن ثم يبدأ في مناقشة ذلك مع المريض، وتحديد تلك المهام التي يجب على كل منهما أن يقوم بها.

**ويرى درايدن Dryden أن إنجاز المهام الموكلة لكل من المعالج والمريض بفاعلية يتطلب توفر عدد من الأمور نوجزها كالتالي:**

1- أن يفهم المريض تلك المهام التي توكل إليه وطبيعتها.

2- أن يدرك أن إنجازه لتلك المهام سوف يساهم في تحقيق الأهداف العلاجية.

3- أن يكون بمقدوره القيام بتلك المهام وأداؤها بالشكل المطلوب.

4- أن يدرك أن التغير المنشود يحدث من خلال الإنجاز المتكرر لتلك المهام.

5- أن يفهم طبيعة المهام الموكلة إلى المعالج، وأن يدرك العلاقة بينهمـــا وبين ما يقوم هو به من مهام، وأن تكون العلاقة بين المهام التي توكل لكل منهما وبين تلك الأهداف المنشودة واضحة بالنسبة له.

6- أن يقوم المعالج بإعداد المريض لفهم وتنفيذ ما يوكل إليه من مهام.

7- أن يؤدي المعالج المهام الموكلة إليه بفعالية وأن يستخدم عدداً كبيــراً من الفنيات بشكل جيد وفعال .

8- أن يتيح المعالج الفرصة للمريض كي يشارك في اختبار الفنيات، أي يجعل المريض يقتنع ويوافق عليها.

9- أن يتقدم المعالج في العمليات العلاجية بخطى مناسبة.

10- أن يلجأ المعالج إلى تلك الفنيات العلاجية التي تتسق مــع أســاليب التعلم التي تميز مرضاه الذين يتعامل معهم.

11- أن يستخدم المعالج تلك الفنيات التي يرى أنها هــي الأقــدر علـــى مساعدة المريض، لكي يحقق ما تم تحديده من أهداف، أي يختـــار الفنيات العلاجية وفقاً لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المريض.

ويشير لويس مليكة (1994 ) إلى أن العلاقة بين المعالج والمريض لها أهميتها في العلاج المعرفي مثلها مثل بقية أنواع العلاج؛ لأنهـــا تقـــدم الوسط الملائم للتقدم العلاجي. **حيث يقرر بيك أن المعالج يقوم بالوظائف التالية:**

1- إرشاد المريض لتمكينه من كسب الفهم الذي يمكِّنه من القيام بمجابهة أكثر فعالية لمشكلاته، وهذه العملية تسمى عملية الاستكشاف.

2- العمل بوصفه عاملاً وسيطًا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج والتي يمكن أن تحسن من المهارات التواؤمية للمريض.

3- يعمل المعالج على إظهار دفء صادق في العلاقة وتقبل غير مشروط بأحكام كما هو الحال في العلاج المتمركز حول العميل، ولكنه على عكس العلاج الروجري والعلاج التحليلي، فالمعالج المعرفي يلعب دورًا نشطًا في مساعدة المريض على التحديد الدقيق لمشكلاته، والتركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة والتدريب عليها.

4- يقوم المعالج المعرفي باشراك المريض في إعداد جدول أعمال كل جلسة، وفي تقديم وإرجاع لكل ما يقترحه المعالج أثناء الجلسة.

5- يوجه المعالج المريض إلى القيام بواجبات منزلية تهدف إلى مساعدته على التعرف على المعارف السلبية والاستجابة لها، وأن يتقن المهارات المعرفية والسلوكية التي تعلمها خلال الجلسات.

6- أن يختبر المعالج الفروض التي وضعت، والهدف هو تحسين إعادة البناء المعرفي، الذي يتضمن تعديلاً للتحيز المنتظم للمريض في تفسيره لخبرات الحياة الشخصية، والقيام بتنبؤات مستقبلية.

وخلاصة القول، أن العلاج المعرفي هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دورًا كبيرًا نشطًا في مساعدة عملية الكشف عن التحريفات الإدراكية والافتراضات غير الفعالة وظيفياً وتعديلها.

## فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلي إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها.

ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه على كيفية التعرف على المشكلات وحلها وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب. (عادل عبد الله، 2000 )

وهناك يوجد العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم خلال الاتجاه المعرفي السلوكي منها:

### 1- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها.

### The Technique of detain identifying automatic ideas and correcting them

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائمًا ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم

تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة, ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به, وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. (قتيبة الجلبي، فهد اليحيى، 1996 )

ويرى أرون بيك (2000 ) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرًا على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذا الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقًا لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي . ونجد أن الأفكار التلقائية تزداد قوة وبروزًا بزيادة شدة المرض، ففي الاضطرابات النفسية الشديدة تكون الأفكار واضحة كما هو في الحالات الشديدة من الاكتئاب والقلق والبارانويا. ففي القلق مثلاً نجد أن هواجس المريض تتعلق بالخطر. أما الأشخاص اللذين يعانون من اضطرابًا خفيفًا في المشاعر والسلوك فقد تخفى عليه الأفكار التلقائية، وبالتالي لا تجذب انتباهه رغم فعلها في شعوره وسلوكه. وفي هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. وتبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة.

وكذلك الشأن في حالة الأشخاص الذين يحاولون تجنب المواقف التي تضايقهم وتزعجهم كالرهابيين .

**ويشير ناصر المحارب(2000: 0) أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار:**

**أولاً:** قد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكارا معقولة مما يجعله لا يهتم بها.

**ثانياً:** الخيالات المرئية تلعب دورًا بارزًا في اضطراب القلق، وقد تكون فترة ظهور هذه الخيالات قصيرة جدًا (أقل من ثانية) مما يجعل الفرد لا يعيها أن يتذكروها، بالإضافة إلى ذلك قد تكون الأفكار المرتبطة بالقلق غريبة (مثلاً يرى واحد نفسه وهو ميت، أو يصرخ بينما ينظر إليه الآخرون بذهول) . وهذا يجعل بعض المرضى يترددون كثيرًا في مناقشة قبل أن يعرفوا أن مثل هذه الأفكار شيئ طبيعي مع القلق المرتفع .

**ثالثاً:** نظرًا لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق يحاول بعض المرضى تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة. وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساةٍ متوقعة كبت هذه الصورة أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح آمرًا صعبًا. وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض.

وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية. ومن أشهر هذه الفنيات طريقة مناقشة أحداث الخبـــرات الانفعالية, واستخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية:-

### مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية :

### Discussion of the events of emotive experiences

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالموضع الانفعالي لديه على أن يكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيدًا .بحيث يصف المريض الحادثـــة بشيء من التفصيل ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئـــلة مثـــل

(ما هو أسوأ ما توقعت حدوثه عندما كنت قلقًا جدًا؟ ) ما الذي خطر فـــي ذهنك آنذاك؟ هل تخيلت شيئاً في تلك اللحظة؟

وبذلك تكون درجة تصديق المريض بالأفكـــار المرتبطـــة بـــالقلق تختلف باختلاف مستوى القلق . فعندما يكون المريض هادئًا يكون بإمكانه أحيانًا إدراك عدم معقولية أفكاره ومن ثم محاولة تجاهلها.

### استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية :-

### Using imagery to get back the emotive experience

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثـــارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب المعالج مـــن المـــريض تخيـــل الموقف أو تمثيله، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخـــرين فبالإمكان .الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعـــب الأدوار إلـــى جانـــب

المريض. ويستطيع المعالج استخدام التعليمات التالية لمساعدة المـــريض على تخيل خبرة انفعالية مرت عليه:

يبدو أنك تجد صعوبة في تذكر ما حدث لك وفي تذكر الأفكار التي كانت تدور في ذهنك آنذاك، وقد وجدت عندما يحدث مثل ذلــك أن مـــن المفيد أحياناً أن يقوم الناس بتصور أنفسهم بأكبر قدر من الوضوح عندما كانوا في الموقف المطلوب، ثم استعرض هذه الصورة كما يحدث عنــدما تقوم بعرض فيلم ما وقبل أن تبدأ بذلك أود أولاً أن أعطيك تمرين بــسيط يساعدك على التخيل الواضح (يطلب من المريض أن يتخيل شئ محايــد، مثلاً وردة، ويطلب منه أن يعطي إشارة معينة عندما يتخيل ما هو بصدد تخيله بوضوح ثم بعد ذلك يتأكد من أن الشخص يرى الشيء فعــلاً أم لا باستخدام بعض الأسئلة مثلاً هل الأوراق ملتفة؟...الــخ ) والآن بعــد أن تدربت على التخيل أود منك أن تتخيل نفسك في الموقف الذي تحدثنا عنه وخصوصًا اللحظة التي لاحظت فيها أنك بدأت تحس بالقلق، عندما تتخيل ذلك صف لي باختِصار ما ترى، الآن استمر في التخيل بــبطء، ولاحــظ باستمرار ما يحدث، وكيف تشعر، وما الذي يجول في ذهنك، ماذا تــرى الآن؟ فيما كنت تفكر في اللحظة التي شعرت فيها بتزايــد القلــق لــديك. (ناصر المحارب، 2000)

**2- فنية المراقبة الذاتية:**

**The Technique of self Monitoring**

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المــريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقًا لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء فــي اســتخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يــتمكن مــن

التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته. (المرجع السابق، 2000)

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. ومن الممكن أيضًا أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر–100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساسًا لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة, وأن يكون موضوعيًا مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تمامًا، فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (رئيفة عوض، 2001)

### 3– فنية المتصل المعرفي Cognitive Continuum Technique

وفي هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة ) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تمامًا ) و100%- (فعال جدًا) .

وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية . وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء (ناصر المحارب,:2000)

### 4- فنية الجدل المباشر: Direct Dialogue Technique

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لأراء المريض، إلا أنة في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمريض شعور بالانتحار فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهرة من الأدوات الخطيرة؛ وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جدلًا مقنعًا دون أن تسبب للمريض نوعًا من الدونية والهزيمة والضيق، كما أنها بلا

نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك تحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكنًا.

(Freeman,D. et. al. 1993)

## 5- فنية التعريض : Exposure Technique

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التـــي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المـــستمر على المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفـــرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعـــريض التخيلي والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع) وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولابد من توفر شـــروط لهـــذا النـــوع مـــن التعريض من أهمها موافقة المريض كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعويض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقه مباشرة. (Thomas, H. et al. 1994)

الهدف من هذه الفنيه التأثير على الأعراض السلبيه للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحيه أخرى وتختلف طريقه التعرض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة كالآتي :

**التعرض من حيث مكان المواجهة ،ويوجد نوعان من المواجهة:**

**الأول :التعريض الميداني : In Vivo Exposure**

وفي هذا النوع من التخيل يتم تصور الموقف التخيلي بـــدلاً مـــن مواجهته واقعياً والإبقاء عليه حتى التعود عليه وإضعاف القلق. وفي حالة استخدام التعرض الميداني والتعرض التخيلي معًا في الجلسات العلاجيـــة يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم التعرض الميداني ومن ناحية أخـــرى لا يفضل استخدام التعرض التخيلي في حالات خاصة منها :عنـــدما يعجـــز

المريض على تحديد الأفكار المثيرة للقلق وأيضًا عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة علي التخيل أو التذكر ويلاحظ أنه عند تعرض المريض إلى المثيرات الواقعية في التعرض الميداني يكون من الطبيعي ظهور أعراض فسيولوجية تدل على القلق والخوف في حين أنه في حالة التعرض التخيلي قد لا تظهر هذه الأعراض وإذا ظهرت تكون بدرجة أقل من هنا تكون أهمية البدء بالتعرض التخيلي قبل التعرض الواقعي

**الثاني: التعريض من حيث أسلوب المواجهة:**

**Exposure by Confrontation Style**

يوجد أسلوب للتعرض سواء كان التعرض الميداني أو تخيلهما:.

1- **التعريض دفعة واحدة** حيث يتم مواجهة المثيرات دفعه واحدة بدون تدرج وتوجد شروط قبل تطبيق هذا الأسلوب :أهمها اقتناع المريض به ،وطبيعة المثير، كما أن هذا الأسلوب لا يفضل استخدام مع المريض الذين لديهم استثارة عصبية شديدة، لأن هذا الأسلوب يعرض مثل هؤلاء إلى أزمات شديدة أقوى من الإثارة السلبية للمرض نفسه.

2- **التعريض المتدرج** :. حيث يتم تعريض المريض للمثيرات على مراحل متدرجة ،والذي يتكون من خطوات تبدأ من مواجهة المثير الأقل شدة إلى أن نصل إلى المثير أكثر شدة, ويمكن استخدام الاسترخاء مع هذا النوع ،كما يمكن تقديم المثير الواحد أكثر من مرة، ويفضل عدم الانتقال إلى مواجهة مثير أخر إلا بعد التأكد من معايشه المريض للمثير المواجه. (محمد إبراهيم سعفان،2003)

### 6- فنية التخيل: Imagine Technique

لقد بدأت تظهر هذه الطريقة في المجال العيادي في بداية الستينيات من القرن العشرين وكان أول من وصفها توماس ستامفل ( Thomas, Stampfl). واعتمد ستامفل في تطويره لهذا الإجراء نظرية العاملين لمورو (Mowrer) **والتي تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسين هما:**

1- يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي .

2- يولد القلق السلوك التجنبي والذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق، ويرى (مورو) أن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبية دفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلي إزالة أو إيقاف المثير الشرطي الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح. واعتمادًا على ذلك, يطلب في هذا الإجراء من المريض تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه .وذلك خلافا لتقليل الحساسية التدريجي ،والذي يشتمل على الانتقال بالمريض تدرجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة. يبتدي هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، بل إن المعالج يهول الأمر وذلك بهدف إبقاء المريض في حالة من القلق الشديد مدة طويلة. ومثال على ذلك : معالج يطلب من المريض تخيل موقف يخاف منه ، وهذا الموقف هو خوفه من الأماكن المرتفعة، بحيث يقول المعالج للمريض تخيل إنك تقف على سطح بناية عالية جدًا وتنظر إلى الشارع وقدماك على ممر ضيق ويداك تمسكان بسور حديدي وتنظر إلى الأسفل فتلاحظ كم تبدو الأشياء صغيرة فتشعر بالرعب وتشعر بنبضات قلبك تتسارع, وكيف أنك لم تعد باستطاعتك التقاط

أنفاسك، كما تشعر أن يداك قد تجمدتا من الخوف ويتصبب العرق من جسمك وتحس أنه لم يعد بمقدورك الإمساك بالسور ...الخ (جمال الخطيب ،1990:)

وأشار بيك Beck إلى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهدًا أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المريض استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهدًا سار يوصف مشاعره حتى يستطيع المريض أن يدرك عن طريق التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره .وتعتبر فنية التخيل من أفضل الفنيات المساعدة في العلاج المعرفي، فيطلب المعالج من المريض أن يغلق عينيه ويخبره عن التخيلات التي تأتي بخياله تلقائيًا أو تخيل صورة موقف معين يرى المعالج أن له علاقة باضطرابه وذلك بالاستعانة بالمعارف التي سبق جمعها عن المريض . وتسمى هذه الفنية في بعض الأحيان إعادة التخيل أو التصور.

(محمد عبد التواب معوض:1996)

وقد تم حديثاً تطوير بعض الأساليب العلاجية المعروفة باسم الأساليب العلاجية الداخلية أو الأساليب العلاجية الخفية **وتشمل هذه الأساليب على استخدام مبادئ الاشتراط الإجرائي على المستوى الفردي بالتخيل ومن هذه الأساليب :**

أ- **التعزيز الخفي** :أو التعزيز الذاتي ويشتمل هذا الأسلوب على أن يتخيل الفرد المعززات التي يرغب فيها بعد تأديته للسلوك والتحدث الذاتي الإيجابي وتخيل المشاهد الإيجابية .

ب- **العقاب الخفي** :أو العقاب الذاتي، ويشتمل هـذا الأسـلوب علـى أن يتخيل الفرد حدوث العقاب بعد تأديته للسلوك أو قيامه بمعاقبة الـذات خفية .

ج- **الممارسة الخفية** :ويشتمل هذا الأسلوب على أن يتخيل الفـرد نفسه وهو يقوم بتأدية الاستجابة المطلوبة في أوضاع مختلفة فهي ممارسة سلوكية ولكن بالتخيل .

(جمال الخطيب، 1990)

## 7- فنية الوجبات المنزلية: Homework Technique

تلعب الواجبات المنزلية دورًا هامًا في كل العلاجات النفسية ولهـا دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية، وتساهم فـي تحديـد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، يزدادان أو ينقصان، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل خطوات أو مهام البرنـامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المريض بعمـل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثًا. وتـستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأتوماتيكية وعلاقتهـا بـردود الفعل الانفعالية, كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعًا، وتعطى فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفـة أفكاره المختلة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها . كما تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج . وتأخذ عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الأتوماتيكية، والاتجاهات المختلة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية

أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، **ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هامًا في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض إذ أهتم ببعض النقاط التالية :**

6-1- إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض .

6-2- تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي .

6-3- توضيح كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب المريض لهذه الإجراءات .

6-4- مراجعتها في بداية كل جلسة .

6-5- تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية

6-6- فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى .

في حين قد يؤثر الواجب المنزلي بشكل حرج على فعالية العلاج المعرفي وذلك لعدم قدرة المعالج على شرح فلسفة وأهمية الواجب المنزلي، وسوء فهم بعض المرضى له . ويعتبر بعض المرضى أن الواجب المنزلي اختبار للكفاءة الشخصية، والمهارة الشخصية . كما يجب على المعالج أن يوجه نظرهم إلى أن كل ذلك أفكار محرفة وتسهم في إعاقة العلاج ويحاول فحصها وتصحيحها . (محمد عبد التواب معوض، 1996 )

**8- فنية صرف الانتباه : Distraction Technique**

تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى. ومثال ذلك أن يطلب من المريض الذي يعاني من

القلق القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها. لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءًا. ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلبًا على سير العملية العلاجية على المدى البعيد. كما يحدث عندما يستخدمه المريض كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جدًا في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي المريض الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ففي هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه بما يغطي المجال البصري للمريض، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض. فقد يطلب المعالج من المريض عندما يكون قلقًا خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمريض كيف أن تمرينات صرف النظر تخف من القلق مما يدلل على أن الأفكار تلعب دورًا كبيرًا في ظهور الأعراض لديه.

**بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:**

Some methods used in distraction

**1- التركيز على شيء معين: Focus on a particular object**

يدرب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها: (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه .. الخ).

**2- الوعي الحسي: Sensational awareness**

يُدرب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، المس، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟

**3- التمرينات العقلية: Mental Exercises**

يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) .... وهكذا . تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

**4- الذكريات والخيالات السارة:**

**Pleasing Memories and images**

تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة) أو التخيل (ما الذي سيفعله المريض لو كسب شيء غير متوقع. (ناصر المحارب، 2000 ).

### 9- فنية ملء الفراغ: Filling in the blank Technique

ليست هناك صعوبة تذكر في التعرف على الأفكار التلقائية ما دامت سائدة في مركز الوعي، إنما تبرز الصعوبة في الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب، حيث يتوجب أن ندرب المريض على تحديد تلك الأفكار خلال، برنامج منظم من التعليمات ومن جلسات الممارسة، وفي بعض الأحيانِ يكون تخيل موقف الحدث كافياً لإثارة هذه الأفكار لدى المريض.

ومن الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على توضيح أفكاره التلقائية أن ندربه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر المريض أحيانًا عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائمًا فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة المريض أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (أرون بيك ، 2000 )

### 10- فنية الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه :

### Socratic Question and guided discovery technique

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المريض بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض . ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السوقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المريض واعتقاداته إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى .

يبدأ المعالج باستخدام الأسئلة السوقراطية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج . وإلى جانب هذه الفنية الأساسية يطرح المعالج أسئلة مباشرة لجمع معلومات حول تكرار وشدة وديمومة (مدة) المشكلة وتدخلات أخرى مثل العكس والإيضاح والتغذية الراجعة، وتثقيف المريض حول النموذج المعرفي وحول ما يفيده في التغلب على مشكلته ثم يبدأ أو يعود إلى استخدام الأسئلة السوقراطية. وتستخدم الأسئلة السوقراطية بأسلوبين مختلفين تبعاً لظروف المريض وظروف المعالج .

**في الأسلوب الأول** يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك **أما في الأسلوب الثاني** فيكون الهدف من الأسئلة السوقراطية :

1- توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعها (المريض) خارج نطاق الفحص والتدقيق .

2- مساعدة المريض في اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل .

3- تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه) في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

ويعتبر الأسلوب الأول أقل فائدة من الأسلوب الثاني، لأن فيه انتهاك لقاعدة التجريبية التعاونية التي تعتبر من أساسيات العلاج المعرفي السلوكي، ولكن قد يضطر المعالج إلى استخدامه (والاستفادة منه) إذا

لاحظ أن الأسئلة السوقراطية التي ترمي إلى أن يكتشف المريض بنفسه (الاكتشاف الموجه) المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن ومن ثم يتفحص اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه تحدث الأسئلة إرباك للمريض . (ناصر المحارب، 200)

**11- فنية وقف الأفكار: Idea's termination Technique**

غالبًا ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها قد نجد المريض غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك ببساطة بسبب أن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدره المريض على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار، وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم المريض كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار حتى يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخاطئة) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن المريض يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى وذلك بسبب النصحية التي يتم توجيهها للمريض بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك) وبسبب عدم قدرته على ذلك نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب للمريض غير مؤثر بشكل كافي ولا يتمتع بالمصداقية، حيث أن هذا الأسلوب يكون أكثر فاعلية عندما يتم عرضه على المريض بشكل مفصل.

وبعد أن يجد المريض أن هذا الأسلوب له تأثير، نجد أن توضيح الأسلوب في هذا الوقت يتمتع بالمصداقية وأن المريض يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالي قائلاً (توقف) أو

عض قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار كما يرى المرضى غالبا أنهم ربما يحتاجون إلى ربط هذا الأسلوب بالأساليب الأخرى.
Freeman, et. al. 1993

**12- فنية اختبار الدليل: Alternatives Choosing Technique**

وهذه الفنية إحدى فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح حتى إذا ما كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل، فالعملية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل ولكنها تضع في الاعتبار أيضًا مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها المريض بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان المريض قد اغفل معلومات متاحة، والكثير من المرضى يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل أنا لست شخص جيد) ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه.

وتذكر جانت زارب Janet, Zarb (1992)أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة المرضى على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، حيث يطلب من المريض أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك.(Zarb, Janet, 1992)

وعن طريق اختبار الدليل نجد أنه من الممكن مواجهة الأفكار التي انتهى إليها المريض بل ومن الممكن أيضًا تغييرها.

والمثال التالي يوضح كيفية أخذ الدليل بالنسبة للمريض.

**المريض:** أنه شيء يدعو لليأس، لن أكون أفضل أبدًا وسوف أعيش بقية حياتي في هذه الحالة المرعبة من القلق والاكتئاب.

**المعالج:** لقد قلت أنك لن تكون أفضل من ذلك أبدا، وأنك ستظل دائما على هذه الحالة؟ ألم تشعر أبدا قبل ذلك بتحسن ! ألم تشعر في وقت من الأوقات أنك في حالة من القلق والاكتئاب أقل حدة نوعا ما؟

**المريض:** نعم ولكنها كانت منذ فترة طويلة، ولكنني قد تحدثت لشخص ما ذو خبرة عن هذا الموضوع وقال لي أنني سأظل على هذه الحالة للأبد.

**المعالج:** من هو هذا الشخص؟ هل كان هو أحد المعالجين السابقين لك؟

**المريض:** أحد الأشخاص في وحدة العلاج النفسي قد أخبرني أنه كان يعرف أشخاصًا كثيرين يعانون من نفس الحالة التي أعاني منها ولم يتحسن أي منهم.

**المعالج:** هل كان هذا الشخص من طاقم العمل هناك أم أنه كان أحد المرضى؟

**المريض:** لقد كان أحد المرضى:

**المعالج:** على ما يبدو أنك أخذت رأي هذا الشخص على محمل من الجدية، ولكن هل استمعت إلى أي رأى آخر بشأن حالة القلق والاكتئاب التي تعانى منها.

**المريض:** المعالج الذي أحالني للعلاج عندك قال إن العلاج المعرفي قد يساعدك.

**المعالج:** ومن في رأيك له دراية أكبر بشأن إمكانية خروجك من هذه الحالة.

**المريض:** اعتقد أنه من الواضح أنك قد أشرت إليه: (Freeman, et. al. 1993)

### - فنية الحوار الذاتي: Monologue Technique

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه؛ وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه- هو السبب في تفاعله المضطرب، ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب. (رئيفة عوض، 2001)

### 14- التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال:

### Identifying wrong and non-effective thinking methods

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية ومن التحريفات المعرفية التي تحدث ما يلي:

### 1- المبالغة: Exaggeration

وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها، ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته وربما لا توجد أسباب لذلك، فالشخص القلق يبالغ في تصور خبراته وفي علاقاته بأصدقائه أو أقاربه أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الأشياء الخاطئة، لأنها تثير القلق والجزع فالعكس غير صحيح، أي التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة. فالتقليل من المخاطر الفعلية غالبًا ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.

### 2- التعميم الزائد: Over generalization

في مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية كالتعصب أو غيرها، فكثير من الخصائص السلبية ننسبها كجماعة معينة لكي نبرر تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعميمًا خاطئًا لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية. وخاصة الاكتئاب والفصام.

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضًا من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية. ومثال ذلك الطفل "ألبرت" أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء، فاصبح يخاف من الأرانب والفئران والقطط وغيرها.

فالمعالج المعرفي يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر، لذا فعليه أن يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لا يوجد شيء أكيد تمامًا، وإنما قد يكون مرجحًا بدرجة قليلة أو كبيرة.

### 3- المقياس الثنائي والتطرف:

يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء، جيدة أو سيئة، خبيثة أو طيبة. دون أن يدرك أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية. وينظر المريض إلى الموقف وكأنه محصور في احتمالين فقط وليس على أساس أنه متصل يشتمل على درجات كثيرة بين طرفية.

### 4- التجريد الانتقائي:

وهو أسلوب خاطئ في التفكير كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر فمثلاً شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد.

والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين فقد تبين أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف

ككل (مثلاً يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلانًا تجاهله، وفلانًا قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا، وأن لا يقول كذا وكذا .. إلخ. (عبد الستار إبراهيم، 1998)

### 5- أخطاء الحكم والاستنتاج:

كثيرًا من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجًا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة أو سياق مختلف. (عبد الستار إبراهيم، 1998)، بينما يذكر الجلبي (1996 ) أن الاستنتاج العشوائي أو الخطأ في الاستنتاج هو الوصول إلى استنتاجات بدون أدلة كافية أو بأدلة واهية لا تتفق مع الواقع الموضوع. وعادة ما يكون الاستنتاج الخاطئ من النوع السيئ ومما له انعكاسات سلبية على حياته.

### 6- فنية التدريب على الاسترخاء Relaxation Training

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وأنها تزداد يوما بعد يوم مما يجعلها تمثل حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة مع ازدياد التقنية ومطالب الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر .ولهذا فان الاسترخاء يعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية (فسيولوجية) مثل قرحة المعدة وأمراض القلب بل أن بعض العلماء يُرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحله مبكرة جدًا. من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئته الفرد، ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعا هي برامج العلاج

التي طورها جاكوبسون. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1998)

ويعتبر عالم النفس الأمريكي Jacobsen من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوترًا جسميًا ومسترخيًا نفسيًا في آن واحد. (حسام الدين عزب، 1981 )

أو بمعنى آخر نستطيع أن نؤكد بوجود علاقة تلازمية قوية بين التوتر العضلي والتوتر النفسي لدى الإنسان، فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول.ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلى الله عليه وسلم عن الغضب ((إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضطجع )). [رواه أبو داود]

فتحول الإنسان الغاضب "المتوتر" من وضع الوقوف إلى وضع الجلوس يعني تحول عضلاته نسبيًا من حالة الشد إلى حالة الاسترخاء، وبالتالي خفض حالة الغضب عنده.

وفي هذا الصدد يذكر كوتيلاً وجرودون (Gròden & Cautela ) أنه إذا كنت تشعر بالتوتر أو العصبية، فإن هناك عضلات معينة في جسدك سوف تكون مشدودة في هذه اللحظة، وإذا استطعت تعلم تحديد هذه العضلات وطريقة استرخائها، فإنك تستطيع العمل على استرخائها مما يجعلك تشعر بحالة هدوء. وبذلك نجد أن عملية الاسترخاء يمكن أن تكون ضرورية لكثير من الناس سواء من الذين يعانون من مشكلات أو الذين لا يعانون من مشكلات أو اضطرابات نفسية. فالإنسان المتوتر أكثر عرضة للقيام بسلوكيات غير مرغوبة بل قد تسبب له مشاعر سلبية مثل القلق، فالاسترخاء عامل عضلي نفسي يعمل على خفض التوتر، لأن الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها ارتباط بعملية تقلص العضلات التي ترافقها بشدة. بمعنى آخر إن هناك علاقة بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لحالته الانفعالية، فإذا زال التوتر العضلي فإن الإنسان تزول عنه حالة التوتر النفسي الوجداني، فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر والقلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسّن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل ومن ثم التفاعل مع الحدث بطريقة إيجابية.(بشير صالح الرشيدي، راشد على السهل2000:)

**أهمية التدريب على الاسترخاء:**

**إن تدريب الفرد على الاسترخاء يمكن أن يحقق له نوعين من الأهداف:**

1- أهداف وقائية ونمائية.

2- أهداف علاجية.

### 1- الأهداف الوقائية والنمائية:

أكد العديد من علماء العلاج النفسي والصحة النفسية من خلال الأبحاث والدراسات التي قاموا بها على أهمية تدريبات الاسترخاء لتحقيق نوع من الرعاية الوقائية والنمائية للفرد. فمن خلال الاسترخاء يمكن خفض التوتر والتعامل الصحيح مع الضغوط، فكثير من مواقف الحياة اليومية تسبب للإنسان التوتر، وقد وجد أن لجوء الإنسان إلى تدريبات الاسترخاء قبل أو بعد تعرضه لموقف التوتر يمكن أن يسهم بشكل فعال في خفض حالة التوتر عنده، بل إن ذلك يمنعه من القيام بأفعال غير محمودة العواقب، وقد أكد كل من همفري Humphrey وريكارد Richard وروي Roe أن اللجوء إلى تدريبات الاسترخاء يعمل على خفض التوتر عند الأفراد، خاصة الذين يتصفون بأنهم سريعو الاستثارة، سواء نتيجة تصرفات الآخرين أو نتيجة مواقف الحياة اليومية. وهذا يعني أن مستوى التوافق عند الفرد يكون أفضل، خاصة إذا عُرف أن سوء التوافق أو سوء التعامل مع الأحداث يترتب عليه في كثير من الحالات نتائج سلبية، وفي هذه الحالة تكون أمام الإنسان المتدرب على فنية الاسترخاء فرصة كبيرة لضبط حالته البدنية والانفعالية ومن ثم التحكم في التوتر الناتج عن هذه المواقف وتجنب اتخاذ القرارات الناتجة عن التوتر أو غير المرغوبة. (المرجع السابق، 2000:)

### 2- الأهداف العلاجية:

تساعد تدريبات الاسترخاء كثيراً كوسيلة أولية أو ثانوية في علاج كثير من المشكلات التي تواجه الإنسان في حياته اليومية. ومن أهم المشكلات التي يمكن أن يتم علاجها باستخدام فنية الاسترخاء: القلق، المخاوف الاجتماعية، المخاوف النوعية، اضطراب ما بعد الصدمة،

اضطراب النوم الغضب والعدوانية، صعوبة التعلم. وسوف يتطرق الباحث لفاعلية الاسترخاء مع القلق والمخاوف الاجتماعية. فالإنسان تنتابه أحيانًا حالات من القلق (غير معروف المصدر)، أو القلق الاجتماعي (معروف المصدر) وليس لديه القدرة على مواجهتها، وغالبًا يعاني الإنسان في هذه المواقف من ضيق وخوف وتوتر، لأنه لا يعرف كيف يتخلص من هذا القلق، ومن الضروري أن يعرف كيف يتصرف في هذه المواقف، كي لا تتفاقم حالة القلق التي يتعرض لها. ولا يمكن لمن يعمل في هذا المجال الادعاء بأن تدريبات الاسترخاء هي المخلص الوحيد من القلق، إلا إنها يمكن أن تعمل كأداة أولية أو ثانوية في علاج هذه المشكلات. فقد استخدم من بوركوفكس وكوستيلو (Borkovec, Costello, 1993) تدريبات الاسترخاء في علاج حالات القلق بنجاح مع عدد من الحالات.

كما تم استخدام تدريبات الاسترخاء في علاج المخاوف الاجتماعية أو (المخاوف المرضية) كالخوف من الأماكن العالية أو المغلقة.. وغيرها، وأثبتت هذه التدريبات فاعلية ملحوظة في علاج المخاوف الاجتماعية (Albano, 1995) ويكون استخدام تدريبات الاسترخاء أكثر فاعلية في علاج المخاوف إذا عرف المريض متى يستخدمها وكيف يستخدمها، فكلما استطاع المريض أن يحقق تفوقًا في إجادته وتمكنه من عملية الاسترخاء تزداد قدرته على مشاعر الخوف.(المرجع السابق، 2000 )

**مجالات التدريب على الاسترخاء**

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج والشخص استثمارها في أغراض عدة.

1- من الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء إمكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجي، أو التحصين التدريجي على المواقف المثيرة للقلق، الذي يعتبره وولبي السبب الأساسي لكافة أعراض العصاب.

2- يمكن استخدام الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي، ولهذا نجد أن كثيرًا من المعالجين يوصون بالتدريب على الاسترخاء لدقائق معدودة يوميًا، وقبل الدخول في مواقف حياتية مثيرة للقلق الاجتماعي، كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري عند الترشيح لوظيفة أو غيرها.

3- يستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة، التي تكون أحيانًا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية، ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والمخاوف الاجتماعية، وتوهم الأمراض يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه.

4- يمكن استخدام الاسترخاء في علاج كثير من الأشكال المرضية، على سبيل المثال يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بأنفسهم. (عبد الستار إبراهيم، 1998)

5- يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج الأعراض النفسية الجسمية Psychosomatic كالصداع النصفي، وصداع التوتر، وارتفاع ضغط

الدم، وتتأكد الفائدة بشكل خاصة عند الاستمرار في تمارين الاسترخاء في البيت، فقد وجد أجراس (Agras, 1993) أن تمارين الاسترخاء بمعدل نصف ساعة أسبوعيًا لمدة ثمانية أسابيع تنتج انخفاضًا في ضغط الدم.

6- يستخدم أسلوب الاسترخاء للتخلص من اضطرابات الخوف، وهو يعتبر الوسيلة الأكثر شيوعًا لعلاج الرهاب. (فادية شربتجي، 1986)

**التحضير لتدريب الاسترخاء:**

إن الإعداد الجيد للاسترخاء من أسباب نجاحه في تحقيق النتائج المرجوة، ويستغرق تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي المنتظم في العيادات النفسية ست جلسات علاجية على الأقل، في كل منها يجب أن تخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريب الاسترخاء . وفي نفس الوقت يطلب من الفرد أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمسة عشر دقيقة يوميًا بنفسه حسب الإرشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية في التدريبات على الاسترخاء أن نعطي الفرد تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسي (القلق) أو (الخوف)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والقلق، لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي يجب بالاستلقاء على أريكة أو سرير يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب في ذلك أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة أو مضادة للقلق. (عبد الستار إبراهيم، 1998)

وفيما يلي يعرض الباحث المبادئ الأساسية التي من خلال تطبيقها يمكن تحقيق أكبر فائدة من ممارسة تدريبات الاسترخاء.

**المبـــادئ الأســـاسيـــة:**

## 1-اختيار المكان:

من متطلبات نجاح تدريبات الاسترخاء حسن اختيار المكان الــذي يمارس فيه الفرد تدريبات الاسترخاء، وهذا المكان يجب أن يكون بعيــدًا عن الضوضاء أو مكان تجمعات الناس أو أماكن اللعب، وغير ذلك ممـــا يجلب أصواتًا عالية تؤثر على تركيز الفرد، كما أنَّه من المناسب أن يخلو المكان من الأشياء المثيرة مثل الفيديو والتلفاز .. وغيرها من الأشياء التي يمكن أن تثير الفرد أثناء ممارسته لتدريبات الاسترخاء، كذلك يجــب أن يكون بغرفة الاسترخاء أريكة أو مقعد مريح يمكن مدة وطيه، كما يراعي عوامل أخرى في الغرفة مثل درجة الإضاءة والحرارة والبرودة، بحيــث تكون مناسبة، ولا تؤثر سلبيًا على تركيز الفرد أثناء تدريبات الاسترخاء. (المرجع السابق، 2000 )

## 2-اختيار الزمان:

إن اختيار التوقيت الملائم لممارسة تدريبات الاسترخاء يُعد عاملاً لا يقل أهمية عن عامل اختيار المكان، فيجب على الفرد أن يمارس تدريبات الاسترخاء في وقت مناسب له، بحيث ينظم هــذه الممارســة، والوقــت المناسب هو ذلك الوقت الذي يلائم ظروف الفرد واســتعداداته الجــسمية والنفسية. فمن حيث الاستعدادات الجسمية، يجب عدم اختيار وقت يكــون فيه الفرد مجهداً من عناء أداء نشاط جسماني أو عضلي سابق، بل يجــب على الفــرد أن يختــار وقتــاً يكــون مــستعداً فيــه لأداء التــدريبات. (المرجع السابق، 2000: 312 )

## 3- التهيئة النفسية:

إن الحالة النفسية التي يكون عليها الفرد تلعب دورًا بارزًا في مدى استفادته من تدريبات الاسترخاء، فحالات الانفعال والتوتر والخوف وغيرها ممكن أن تؤثر سلبًا على هذه التدريبات، فقد تنتاب الفرد بعض الأفكار والوساوس من كونه مُقدماً على تعلم خبرة جديدة لا علاقة لها بالمشكلة النفسية أو المشكلات التي يعاني منها. لذلك من المناسب أن يساعد المعالج الفرد على أن يكون مستعد نفسيًا لهذه الخبرة، ولتحقيق ذلك يمكن أن يُمد المعالج الفرد ببعض المعلومات والتوقعات عن ما يمكن أن يحصل له أثناء وبعد ممارسته لتدريبات الاسترخاء. (المرجع السابق، 2000 )

**وعند إعداد الفرد وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي يبين المعالج للفرد النقاط التالية:**

1- أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة جديدة لا تختلف عن أي مهارة أخرى تعلمها في حياته قبل ذلك، كتعلمه قيادة السيارة أو تعلم السياحة. وبعبارة أخرى يبين للمريض أنه مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودًا ومتوترًا، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أي قادرًا على الاسترخاء والهدوء وأن دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

2- أنه قد يشعر ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل في أصابع اليد، أو إحساس أقرب للسقوط، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك. وأن هذا شيء عادي، ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تسترخي. وهذه النقطة مهمة؛ لأن كثير من الأفراد -خاصة الهيستيريين – قد يستجيبون

للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئًا غريبًا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم.

3- ينصح المعالج الفرد بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة أي في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من الفرد أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها مشاعر هادئة.

4- من المخاوف التي تنتاب بعض الأفراد شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط النفس. ففي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بأكثر حتى يبعث الطمأنينة في نفس الفرد.

5- يجب على المعالج توجيه الفرد بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة التراخي التام أثناء الاسترخاء، خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعوق الاسترخاء التام. لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للفرد بأن يفتح عينيه. وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الأشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك.

6- من العوامل الهامة التي قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل أو الفكر في تخيلات بعيدة، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة.

7- أن يكون المعالج قادراً على فهم مريضه، وحساسًا لكل شكوكه ومخاوفه، وأن يكون قادرًا على كسب ثقته وتعاونه في نجاح الاسترخاء. (عبد الستار إبراهيم، 1998 )

**وتشير هيلين كنيرلي Kennerley Helen إلى مجموعة من الإرشادات العامة قبل ممارسة تمارين الاسترخاء:**

1- اختار الوقت المناسب لممارسة تمارين الاسترخاء. وحاول الالتزام بهذا الوقت كل يوم حتى تستطيع المواظبة عليه فيما بعد.

2- مارس تمارين الاسترخاء مرتين أو ثلاث مرات كل يوم. فكلما ما مارست أكثر كلما سهل عليك الاسترخاء.

3- تأكد من اختبار المكان الهادئ لممارسة تمارين الاسترخاء، والابتعاد عن الازعاج أثناء ممارسة تمارين الاسترخاء.

4- لا تمارس تمارين الاسترخاء وأنت جائع أو بعد الأكل مباشرة.

5- لا تمارس تمارين الاسترخاء في غرفة شديدة الحرارة أو شديدة البرودة، فهذا سوف يجعل الاسترخاء أمراً صعباً.

6- أبدأ التمرين بالاستلقاء على أريكه وتكون في وضع مريح.

7- ألبس ملابس واسعة ومريحة، ويمكنك ممارسة الاسترخاء وأنت جالس أو واقف.

8- يمثل التنفس أهمية كبيرة، حاول أن تتنفس من أنفك، مع ملء رئتيك بالكامل حتى تشعر بامتلاء معدتك، ثم تنفس ببطء وانتظام.

9- حاول بأن لا تأخذ قدراً كبيراً من النفس السريع والعميق إذ قد يجعلك تشعر بالدوخة أو الغثيان، فقد يزيد توترك سوءاً.

10- إذا وضعت يدك على معدتك سوف تشعر بحركه إذا كنت تتنفس بالشكل الصحيح.

11- سجل ملاحظاتك حتى تستطيع تقدير التحسن الذي يطرأ عليك من ممارسة تمارين الاسترخاء.

12- توقع تفاوت في الاسترخاء من يوم لآخر، فمثلاً ثاني أيام تمارس الاسترخاء بسهولة وقد تأتي أيام تمارس الاسترخاء بصعوبة.

(Kennerley Helen: 1997:)

**التدريب على الاسترخاء العضلي:**

في بداية التدريب على الاسترخاء يأخذ الفرد موقعه على كرسي الاسترخاء، ويحاول أن يجلس لبضع دقائق حتى يشعر بالراحة في أفضل وضع له على كرسي الاسترخاء، ويجب على المعالج ألا يستعجل الفرد في بدء التدريبات حتى يلاحظ علامات الهدوء والراحة على وجهه وجسمه. ويمكن للمعالج أن يبدأ تدريبات الاسترخاء بأي جزء أو مجموعة من عضلات الجسم، فلا يوجد نظام ثابت من التدريبات تفرض على الفرد البدء بها، ولكن من الأفضل البدء بالعضلات الكبيرة من الجسم أو العضلات التي من المعتاد على الفرد تحريكها مثل عضلات اليدين والذراعين والكتفين والرجلين والساقين ثم العضلات الأصغر فالأصغر. أو العضلات التي ليس من المعتاد على الفرد أن يحركها بشكل مقصود كعضلات الرقبة والبطن والظهر.

إن التدريب بهذا الأسلوب يسير وفقًا لمبادئ النمو والتعلم التي تشير إلى أن الإنسان يستطيع التحكم في العضلات الكبيرة قبل العضلات الصغيرة.

(بشير صالح الرشيدي، راشد علي السهل، 2000)

ويستغرق التدريب على الاسترخاء من 20 إلى 35 دقيقة، يقوم بها الفرد وهو جالس على كرسي مريح أو مستلق على ظهره في كرسي بظهر متحرك. ويضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفي عندما يقوم الفرد بالتركيز على المجموعات العضلية حتى لا يشتت انتباهه ولتكثيف شعوره بالاسترخاء، ويطلب منه أيضًا التنفس بعمق حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الاسترخاء في الجلسات. (عبد الله عمر الجوهي، 1995)

**تعقيب عام:**

من خلال العرض السابق للعلاج المعرفي السلوكي نجد أن مؤسس هذا العلاج أرون بيك Beck, A بدأ استخدام العلاج المعرفي مع مرضى الاكتئاب, ونظراً للنجاح الذي حققه هذا الأسلوب, جعله يستخدمه مع اضطرابات أخرى غير الاكتئاب, ويعتبر هذا الأسلوب (العلاج المعرفي السلوكي) من أحدث الأساليب العلاجية, وأكثرها استخداماً في مجال العلاج النفسي, فهو عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاجات التي تتشابه في جوهرها, وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات, على الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه العلاجات إلاّ أن أشهرها هو التصورات الشخصية لكيلي Kelly, والعلاج العقلاني الانفعالي لإليس Ellis, والعلاج المعرفي لبيكBeck, وأسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد Gold Fried, Gold Fried.

ولكن يرى بعض العلماء أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم أرون بيك Beck, A, وهذا النوع من العلاج يقوم على الدمج بين نوعين من الأساليب العلاجية, احدهم أسلوب العلاج المعرفي, والآخر العلاج السلوكي وسمي بالعلاج المعرفي السلوكي, وهذا الأسلوب يركز على كيفية

إدراك الفرد للمثيرات الخارجية المختلفة وتفسيراته لها, وإعطاء المعـاني لخبراته المتعددة, ويرى بيك أن هذا الأسلوب العلاجي يقوم علـى فكـرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامـة وذات صـلة بـسلوكه الـصحيح أو المريض, وأن ما يكتسبه الفرد من خلال حياته من معلومـات ومفـاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته. ويقوم هذا الأسلوب العلاجي أيضاً علـى إعـادة تشكيل البنية المعرفية للمريض مـن خـلال مجموعـة مـن المبـادئ والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك, وبذلك نجد أن هذا الأسلوب العلاجي منطقي وعملي في عـلاج الاضـطرابات النفسية.

ويذكر ناصر المحارب(2000 ) أن هذا الأسلوب العلاجي يتميز عن غيره من العلاجات النفسية بأنه الأكثر انسجاماً مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس المعرفي, وعلم النفس الجنائي, وغيرهم من العلوم ذات العلاقة بالعمليات المعرفية لـدى الإنـسان,كمـا أن بيـك وزملاءه قد طوروا نظرية معرفية يعتمد عليها العلاج المعرفي الـسلوكي كأساس يحدد على ضوئه نوع الفنيات التي تستخدم في هذا العـلاج, وإن من نقاط القوه لهذا الأسلوب أن بيك تفحص ما هو متـوفر مـن أنـواع العلاجات النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية, واستفاد مـن العديـد مـن الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسـلوبه دون الإخـلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته, ومن ذلك مفهوم فرويد حـول البنـاء الهرمي للاستغراق (عمليات أولية, وعمليات ثانوية), ومحاولة اكتـشاف خيوط مشتركة في انفعالات وأقوال المريض, وكذلك مفهـوم مـا قبـل

الشعور, كما استفاد من مفهوم نظرية التطورات الشخصية لكيليKelly , واستفاد أيضاً من من التركيز على مشكلات محددة في اللحظة الراهنة عند رقز وإليس Riggs ; Ellis, وأسلوب روجرز في طــرح الأســئلة فــي العلاج المتمركز حول العميل, كما استفاد أيضاً من المدرسة السلوكية في بناء المقابلة وجدول الجلسات واستحثاث وجهات نظر المريض وتحديــد الأهداف وتعريف المشكلة اجرائياً, وفحص الفرضيات والواجبات المنزلية. ومن مميزات هذا الأسلوب العلاجي أنه يتعامل مــع كــل حالــه حــسب ظروفها, حيث تتم صياغة مشكلة كل مريض بناءً علىَ النموذج المعرفــي الخاص بالاضطراباتَ الذي يعاني منه, كما أن فاعلية العــلاج المعرفــي السلوكي غير مرتبطة بعمر أو دخل (الحالــة الاقتــصادية) أو الخلفيــة الاجتماعية, أو المستوى التعليمية للمريض. بالإضافة إلــى ذلــك يطبــق العلاج المعرفي في كثير من بلدان العالم كعلاج أساسي أو كعلاج مساعد لجميع الأمراض تقريباً.

كما أن العلاج المعرفي السلوكي يتميــز بتعــدد فنياتــه المعرفيــة والسلوكية لدرجة قد يصعب عرضها جميعاً في هذه الدراسة , فبالإضــافة إلى ما ذكر من الفنيات المعرفية والسلوكية, إلاّ أن هناك العديد من الفنيات لم يتم التطرق لها, مثل أسلوب حل المشكلات, التدريب علــى المهــارات الاجتماعية, والنمذجة المعرفية, وغيرها من الفنيات الأخرى. أمــا عــن الفنيات التي تناولها الباحث الحالي فبعضها له دور في تحديــد وفحــص الأفكار التلقائية لدى المريض, والعمل على خفض أو إيقاف تلك الأفكــار المزعجة للمريض, فالباحث الحالي يستخدم بعــض هــذه الفنيــات فــي التدخلات العلاجية, وتدريب المريض عليها أثناء الجلسات العلاجية أو عن

طريق الواجبات المنزلية, لما لها من أهمية بالغة في إزالـــة أو تخفيــف أعراض اضطراب القلق, وأعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي.

والباحث الحالي استخدم بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي قــدّم لها شرحاً مبسطاً وذلك حسب ظروف الجلسات العلاجية والمرض, ومدى استيعابهم لهذه الفنيات, ومن أهم هذه الفنيات التي تم التركيز عليها : فنية الاسترخاء, وفنية التعريض, وفنية الواجبات المنزلية, وفنية التخيل, وفنية المراقبة الذاتية, وفنية الحوار الذاتي.

# الفصل الثالث

# الدراسات السابقة

- دراسات تناولت القلق.
- دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي.
- تعقيب على الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

# الفصل الثالث

# الدراسات السابقة

**مقدمـــة:**

من خلال البحث في هذا الموضوع وجـد الباحـث عـدداً مـن الدراسات التي تناولت اضطرابات القلق، ولم يجد الباحث، حسب علمـه، دراسات عربية قامت بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي في خفـض حـدة اضطراب القلق، على الرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي مع الاضطرابات النفسية بصفة عامة ومع اضطرابات القلق بصفة خاصة في المجتمعات الغربية . وكذلك وجد الباحث بعضاً من الدراسات العربية التي استخدمت أساليب أخرى غير أسلوب العلاج المعرفي السلوكي مـع اضطراب القلق، أما الدراسات الأجنبية فقد وجـد الباحـث بعـض مـن الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق Anxiety disorder

أما الدراسات التي تناولت الرهاب الاجتماعي، فقد وجـد الباحـث بعض الدراسات العربية التي تناولت الرهاب الاجتماعي Social Phobia ولكن تلك الدراسات كانت تطبق على طلاب المدارس الثانويـة وطـلاب الجامعات، ولم يجد الباحث أية دراسة طبقـت فـي المجـال الإكلينيكـي (العيادي) .

وسوف يقتصر الباحث في عرضـه للدراسـات السـابقة، علـى الدراسات التي لها علاقة مباشرة بهذين المتغيـرين، اضـطراب القلـق، واضطراب الرهاب الاجتماعي.

## أولاً : الدراسات التي تناولت اضطراب القلق :

### دراسة لندن وآخرين (2005) Linden, M. et. al

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق. وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً شخصوا باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الرابع، (D. S. M. IV: 1994) وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها 36 مريضاً، أما المجموعة الثانية لم يتلقوا العلاج، وهي المجموعة الضابطة، وكان عدد الجلسات النفسية 25 جلسة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس هاميلتون للقلق.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر.

### دراسة أرنتز (2003) Arntz, A :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 45 مريضًا ممن يراجعون العيادات النفسية، حيث تم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثانية تلقت التدريب على الاسترخاء.

وتضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنًا ملحوظًا لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضًا تحسنًا خلال فترة المتابعة. كما إن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسنًا أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي تمثلت بستة اشهر. وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء فاعلتان في خفض مستوى اضطراب القلق.

### دراسة ميلندا ستانلي, وآخرين (2003)

**Melinda, et . al Stanley:**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق لدى كبار السن، وقد تكونت عينة الدراسة من اثني عشر مريضاً من المرضى المنومين بدار الرعاية الاجتماعية، وهؤلاء المرضى يعانون من اضطراب القلق ، حيث تراوحت أعمار هؤلاء المرضى ما بين 62–79 سنة.

وأوضحت نتائج الدراسة تحسنًا دالاً في خفض حدة القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم.

### دراسة ميكل وآخرين (2003) Michel. D. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 52 مريضًا، تم تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة، تشمل كل مجموعة 4–6 من المرضى، ويضمن البرنامج العلاجي 14 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت على النحو التالي:

استبيان التقدير الذاتي للقلق، التقـويم الإكلينيكـي مـن خـلال المقابلـة الشخصية، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحـسن دالاً إحـصائياً علـى استبيان التقدير الذاتي للقلق لدى أفراد تلك المجموعـات علـى المقيـاس البعدي كما أوضحت نتائج الدراسة تحـسناً دالاً خـلال فتـرة المتابعـة العلاجية.

## دراسة أمثال الحويلة وأحمد محمد عبد الخالق (2002):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب علـى الاسترخاء العضلي في خفض مستوى القلق، لـدى مرضـى اضـطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة مـن 80 طالبة من طالبـات المرحلـة الثانوية، ومن اللاتي يعانين من اضطراب القلق وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وعدد أفرادهـا 40 طالبـه ومجموعـة ضابطة وعدد أفرادها 40طالبه، كما تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين 13-19 سنة، وقد استخدم الباحثان في دراستهما عـدداً مـن المقـاييس وتشمل مقياس جامعة الكويت للقلق، وقائمة القلق (مقياس السمة) ومقياس الاسترخاء، وشريط صوتي لتدريب الاسترخاء، وكانـت مـدة البرنـامج العلاجي ست جلسات علاجية استمرت على مدى ثلاثـة أسـابيع بواقـع جلستين أسبوعيًا لكل طالبة، وأوضحت نتائج الدراسة عن وجود فـروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للقلق لدى المجموعة التجريبية، كما أوضحت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجمـوعتين التجريبيـة والضابطة في القياس البعدي للقلق على مقياس جامعة الكويـت وقائمـة الاسترخاء.

### دراسة بزواز وآخرين (Biswas, A. et. al (2001:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج مرضى اضطراب القلق ، وقد تكونت عينة الدراسة من (30) مريضًا من الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق ، وتراوحت أعمار هذه العينة ما بين (25–40) سنة أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت مقياس هاميلتون للقلق ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس قوة السيطرة ودراسة الحالة. وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنًا دالاً لصالح أفراد العينة التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي بينما الأفراد الذين تلقوا برنامج التغذية المرتدة لم تكن درجة التحسن دالة.

### دراسة روبرت وآخرين (Robert, L. et. al (2000:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق . وقد تكونت عينة الدراسة من (26) مريضًا من الذين يعانون من اضطراب القلق ، وتم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتين، والمجموعة الأولى وهي المجموعة التجريبية وكان عدد أفرادها (14) مريضًا. بينما كانت المجموعة الثانية وهي المجموعة الضابطة وكان عدد أفرادها (12) مريضًا.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنًا ملحوظًا بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. كما أوضحت نتائج الدراسة تحسنًا لستة من المرضى خلال فترة المتابعة، بينما كان 20 مريضًا لم يستطيع الباحث متابعتهم.

## دراسة أوست وآخرين (Oest, L. et. al (2000:

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين التـدريب علـى الاسـترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضي اضطراب القلق . وقد تكونت عينة الدارسة من(33) مريضًا من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية وتتراوح أعمارهم ما بين (20–60) سنة. وهؤلاء المرضى تم تشخيصهم باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحـصاءها الثالث المعدل (D. S:M III. R . 1987). وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى التدريب على الاسترخاء وتلقى أفراد هـذه المجموعة برنامجًا علاجيًا مكون من(12) جلسة، أمّا المجموعـة الثانيـة فهي مجموعة العلاج المعرفي السلوك وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجًا علاجيًا مكون من (12) جلسة مع فترة متابعة لمدة سـنة واحـدة. أمـا الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي للقلق.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنًا ملحوظًا لكلا البرنامجين، العلاج المعرفي السلوك والتدريب على الاسترخاء ولا يوجد بينها اخـتلاف فـي درجة التحسن.

## دراسة ساب (Sapp, M (1996 :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعليـة العـلاج المعرفـي السلوكي، والتدريب على الاسترخاء، والعلاج النفـسي التـدعيمي، فـي خفض حدة اضطراب القلق ، وقد تكونت أفراد العينة مـن (90) عمـيلاً ممن يعانون من اضطراب القلق ، وقد قسمت أفراد هذه العينة الدراسـية إلى ثلاث مجموعات، وكانت المجموعة الأولى (30) عميلاً، بينما كانت المجموعة الثانية (30) عميلاً، وكانت المجموعة الثالثـة (30) عمـيلاً،

واستخدمت معهم الأساليب العلاجية التالية: العلاج المعرفــة الــسلوكي، والتدريب على الاسترخاء، والعلاج النفسي التدعيمى.

وأوضحت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي يعد الأفــضل فـــي خفض حدة اضطراب القلق مقارنة بالتدريب على الاســترخاء والعــلاج النفسي التدعيمي.

## دراسة بزواز وآخرين ( Biswas, A. et. al (1995 :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالتغذية الحيوية المرتدة، والعلاج النفسي بالعقــاقير فـــي خفــض حــدة اضطراب القلق . وقد تكونت عينة الدراسة من (19) مريضاً من الذكور، تتراوح أعمارهم ما بين(25-35) سنه. وتم تشخيصهم باضطراب القلق .

أوضحت نتائج هذه الدراسة، أن الأساليب العلاجية الثلاثــة وهـــى العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالتغذية الحيويـــة المرتـــدة، والعــلاج النفسي الدوائي . ذات فاعلية متساوية تقريبًا، ولم يكن هناك فــروق ذات دلالة بين هذه الأساليب العلاجية الثلاثة في خفض حدة اضطراب القلق، ومن ناحية أخرى أوضحت النتائج أن العلاج المعرفـــي الــسلوكي أكثــر فاعليه وكفاءة في خفض التشوهات المعرفية .

## دراسة بوركوفس وكوسيتللو

## (1993)Borkovec ,T. Costello, E:

هدفت هذه الدراسة مقارنة ثلاثة أساليب علاجية هي التدريب علـــى الاسترخاء، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المتمركز حول العميــل (العلاج غير المباشر) في علاج مرضى اضطراب القلق. وقد تكونت عينة

الدراسة من (38) مريضًا، حيث تم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت التدريب على الاسترخاء وكان عدد أفـراد هـذه المجموعة (12) مريضًا، والمجموعة الثانية في مجموعة العلاج المتمركز حول العميل وكان عدد أفرادها (12) مريضًا، والمجموعة الثالثة مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، وكان عدد أفرادها (14) مريضاً، وقد تـضمن البرنامج العلاجي (12) جلسة لكل مجموعة، بواقع جلستين أسبوعيًا. أمـا الفنيات المستخدمة فكانت فنية المناقشة، وتذكر الخبرات، والتدريب علـى الاسترخاء، مراقبة الذات، والتدريب التخيلي.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن كلاً من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء هما الأفضل في تأثيرهما وفعاليتهما في خفض حدة اضطراب القلق بالقياس إلى العلاج المتمركز حول العميل، ولم توجد فروق دالة بينهما في درجة التحسن.

### دراسة أجراها بتلر وآخرين (1991) Butler, G. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق .وتكونت عينة الدراسة مـن (57) مريضاً، وتم تقسيمهم عشوائيًا إلى ثلاث مجموعات، المجموعـة الأولى تلقت برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي، بينما تلقـت المجموعـة الثانية برنامجًا للعلاج السلوكي، أما المجموعة الثالثة فكانـت المجموعـة الضابطة، وبالتالي فهي لم تتلق أي عـلاج نفـسي، وتـضمن البرنـامج العلاجي (12) جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا . وخلال هذه الجلسات تم استخدام عدة فنيات وهى : فنية المناقشة، وفنية التـدريب علـى مهـارة التنظيم الذاتي لتعديل السلوك، والواجبات المنزليـة، وجدولـة النـشاط والأهداف .

وأوضحت نتائج الدراسة حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبيتين قياساً بالمجموعة الضابطة . كما أوضحت أيضًا النتائج عــن وجود فروق دالة في مدى التحسن بين المجموعتين، المجموعــة الأولــى والتي تلقى أعضاؤها العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثانيــة التــي تلقى أعضاؤها العلاج السلوكي . فكانت الدلالة لصالح أعضاء المجموعة الأولى وهي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وهذا يدل على أنه أكثــر فاعلية في علاج القلق، وهو ما دعمته نتائج المتابعة بعد ستة أشهر .

## دراسة بوركوفس وهوبكنز (1991) Borkovec , T. Hopkinz :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة بين كل من العلاج المتمركز حول العميل (العلاج غير المباشر) والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (55) فردًا تتراوح أعمارهم ما بين (18–65) سنة، حيث تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى مجموعة العلاج المتمركز حول العميل وكان عدد أفرادهــا (19) فردًا، المجموعة الثانية مجموعة التدريب على الاســترخاء وكــان عــدد أفرادها (18) فرداً، المجموعة الثالثة مجموعة العلاج المعرفي الــسلوكي وكان عدد أفرادها (18) فردًا، وكانت مدة البرنامج العلاجي أثنى عــشر جلسة علاجية لكل من المجموعات الثلاثة وبواقع جلستين أسبوعيًا، أمــا الأدوات المستخدمة في الدراسة، القائمــة المعدلــة لاضــطراب القلــق، ومجموعة مقاييس تم اختيارها للتأكد من عدم وجود اضطراب الهلــع أو اضطراب الاكتئاب مع عدم وجود أعراض ذهانية أو أمراض عضوية.

أوضحت نتائج الدراسة أن العلاج غير المباشر قد هيــأ مــستويات عليا من الخبرات التي انعكست في النمو الانفعالي، وبالرغم من ذلك فــإن التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي قــد أحــدثا تحــسنًا

ملحوظًا في ضوء التقييم البعدي، كما أوضحت نتائج القياس التتبعي أن العلاج المعرفي السلوكي يعد الأفضل على المدى البعيد قياسًا بالعلاجات الأخرى.

### دراسة " بوركوفس وماتيوس

### (1988)Borkovec , T . Mathews, A:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنه العلاج غير المباشر، والعلاج المعرفي، والعلاج بالتحصين التدريجي، من حيث فاعليتهم في علاج اضطراب القلق، وتكونت عينة الدراسة من (30) عميلاً، تراوحت أعمارهم ما بين ( 20-40 ) سنة، وبعد ذلك تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات علاجية، حيث تلقت كل مجموعة علاجية (12) جلسة من التدريب على الاسترخاء التدريجي بالإضافة إلى أحد العلاجات الثلاثة مع فترة متابعة استمرت ( 6-12 ) شهرًا. أما الأدوات التي استخدمها الباحثان في هذه الدراسة فكانت على النحو التالي : قائمة اضطراب القلق، مقياس هاملتون للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس شدة أعراض القلق، واستبيان تقدير الذات.

أوضحت نتائج الدراسة، أن مجموعة العملاء ككل قد أظهرت تحسنًا دالاً على مختلف المقاييس المستخدمة غير أنه لم توجد أى فروق داله بين العلاجات الثلاثة من حيث فاعليتها في علاج القلق .

### دراسة بوركوفس وآخرين (1987) Borkovec, T. et. al:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة الأساليب العلاجية التالية : أسلوب التدريب على الاسترخاء المصاحب للعلاج غير المباشر، والعلاج المعرفي ودور العلاج المنبعث أثناء الاسترخاء في علاج القلق، وتكونت عينة

الدراسة من " 30 " عميلاً تراوحت أعمارهم ما بين ( 18-45 ) سنة، وقد تم اختيارهم من الطلبة والعاملين ممن يعانون من اضطراب القلق، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وتكون أفراد عينتها من ( 16) عميلاً بواقع (7) رجال و (9) نساء تلقى أفرادها العلاج المعرفي مع تدريب على الاسترخاء. أما المجموعة الثانية وتكونت أفراد عينتها من(14) عميلاً مكونين من (6) رجال (8) نساء، وتلقى أفرادها العلاج غير المباشر مع تدريب على الاسترخاء، أما الأدوات المستخدمة فهي : مقياس التقدير الذاتى للقلق، ومقياس القلق (السمة – الحالة) ، ومقياس الخوف . ومقياس القلق النفسي المعرفي، وكان عدد الجلسات " 12 " جلسة لكل مجموعة بمعدل جلستين أسبوعيًا.

أوضحت نتائج هذه الدراسة إلى انخفاض دال في مستوى القلق لدى أفراد المجموعتين. وقد أظهر أسلوب العلاج المعرفي مع التدريب بالاسترخاء تحسنًا كبيرًا بالمقارنة مع أسلوب العلاج غير المباشر مع التدريب بالاسترخاء . كما أظهرت الدراسة أن العملاء الذين اظهروا قلقًا منخفضًا أثناء جلسات الاسترخاء، أظهروا تحسناً كبيرًا بالمقارنة مع العملاء الذين ظهر عليهم درجة كبيرة من القلق أثناء جلسات الاسترخاء، كما بينت نتائج المتابعة لأفراد المجموعتين والتي استمرت لمدة (12) شهرًا عدم وجود فروق داله بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعتين في مستوى القلق.

## دراسة بروزنيسكي Pruzinsky, T.(1986) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير التأثيرات العلاجية لكل من العلاج المعرفي المصاحب للاسترخاء، والعلاج غير المباشر المصاحب للاسترخاء، وتكونت عينة الدراسة من (30) طالبًا من طلبة الجامعة ممن

يعانون من اضطراب القلق، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولي (15) طالباً تلقى أفرادها العلاج المعرفي المصاحب للاسترخاء بينما كانت المجموعة الثانية مكونة من (15) طالباً تلقى أفرادها العلاج غير المباشر مصاحبًا للاسترخاء . أما الأدوات المستخدمة فهي – القائمة التشخيصية لاضطراب القلق " D.S.M - III " وقائمة القلق ( الحالة – السمة) وقائمة هاملتون للقلق .

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق داله على المقاييس المستخدمة عبر مراحل القياس الثلاثة ( قبل العلاج – أثناء العلاج – بعد انتهاء العلاج )، وكذلك عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين العلاجيتين على أي من المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة.

## ثانياً : دراسات سابقة للرهاب الاجتماعي :

### دراسة مورت برج وآخرين (2005) Mortberg, E. et. al

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من 27 مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات النفسية والذين يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات كل مجموعة تتكون ما بين 6–8 مرضى. وأوضحت نتائج الدراسة وجود تحسناً دالاً في المجموعات الأربع. كما أظهرت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة. والتي كانت مدتها ثلاثة أشهر، واستمرت المتابعة حتى اثنى عشر شهراً.

### دراسة كلينجر وآخرين Klinger, E. et. al (2005)

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات النفسية، وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعريض والعلاج الدوائي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من 36 مريضاً. تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها 12 مريضاً. والمجموعة الثانية مجموعة العلاج بالتعريض وكان عدد أفرادها 12 مريضاً، بينما كانت المجموعة الثالثة مجموعة العلاج الدوائي وكان عدد أفرادها 12 مريضاً. وكان مدة البرنامج العلاجي 12جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة كل أسبوع.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لجميع أنواع العلاجات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن بين هذه العلاجات.

### دراسة فييني Feeney, S. (2004)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة هذه الدراسة من مريضة واحدة تبلغ من العمر 35 سنة ممن تم تشخيصها باضطراب الرهاب الاجتماعي. وكانت مدة البرنامج العلاجي مع هذه المريضة 31 جلسة.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً لدى المريضة.

### دراسة روسر وأخرين Rosser, S. et. al (2004)

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين نوعين من العلاج النفسي. وهو العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، والعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج الدوائي، وقد تكونت عينة الدراسة من 133 مريضاً شخصوا باضطراب الرهاب الاجتماعي حسب دليل تشخيص الاضرابات النفسية. وإحصاءها. وقد تم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي الجماعي بمفردة، وكان عدد أفراد العينة 84 مريضاً، أما المجموعة الثانية فقد تلقت العلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج الدوائي وكان عدد أفرادها 49 مريضاً، وكانت مدة البرنامج العلاجي سبعة أسابيع تلقوا خلالها برنامج علاجي مكثف، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس قلق التفاعل الضغط النفسي والقلق.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لكلا البرنامجين من العلاج، العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج الدوائي.

### دراسة لينكولين وآخرين Lincoln, T. et. al (2003):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالتعريض مع إعادة البنية المعرفية في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (217) مريضاً من الأفراد الذين شخصوا تشخيصاً أولياً بالرهاب الاجتماعي. وكان عدد المعالجين لهذه العينة (57) معالجًا نفسيًا في أربع عيادات خارجية تتبع مؤسسة كريسوف بألمانيا وأظهرت نتائج هذه الدراسة بعد ستة أسابيع من العلاج فاعلية العلاج بالتعريض وإعادة

البنية المعرفية في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضـــى، كما أظهرت نتائج الدراسة أن النتائج بين العيادات الأربع التـــي أجريـــت الدراسة فيها لم تختلف بعضها عن البعض.

### دراسة ستانجير وآخرين (2003) Stangier, U. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي الفردي والعـــلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقـــد تكونت عينة الدراسة من (65) مريضًا ممن تنطبق عليهم المعايير الواردة في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحـــصائها D.S.M.IV-1994 وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى مجموعة العلاج المعرفي الفرد، المجموعة الثانية مجموعة العلاج المعرفي الجماعي. أمـــا الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس الخوف الاجتماعي

أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تلقوا العلاج المعرفي الفرد والعلاج المعرفي الجماعي تحسناً دالاً على مقياس الخوف الاجتماعي. كما أوضحت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي الفردي أظهـــر تفوقـــاً علـــى العلاج المعرفي الجماعي في فترة ما بعد العلاج وخلال فترة المتابعة.

### دراسة وودي وآخرين(2002) Woody , S. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفـــي السلوكي في علاج مرض اضطراب الرهـــاب الاجتمـــاعي. وتراوحـــت أعمارهم هؤلاء الأشخاص ما بين(18–45) سنة أمّا الأداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي . وأظهرت نتائج هـــذه الدراســـة تحسناً دالاً على مقاييس التقدير الـــذاتي فـــي عـــلاج مرضـــى الرهـــاب الاجتماعي.

## دراسة ويلز(2001) Wells ,A :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفـي المختصر في علاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي، فقـد تكونـت عينة الدراسة من ستة من المرضى الذكور، وكان متوسط أعمارهم ما بين 18-44سنة ممن تم تشخيصه باضطراب الرهاب الاجتماعي. وكانت مدة جلسات البرنامج العلاجي ستة جلسات لهؤلاء المرضى، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظا على جميع القياسات المستخدمة كما أظهرت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة ومن ضمن النتائج التي أظهرت هـذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر علاجاً ناجحاً فضلاً عـن قلة تكاليفه.

## دراسة فاندام وآخرين (2000) Vandam, B. et. al:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتـدريب على المهارات الاجتماعية في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي وقد تكونت عينة الدراسة من 48 مريـضًا مـن المرضـى المـراجعين للعيادات الخارجية والذين تم تشخيصهم حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها (D.S.M. IV 1994). أظهرت نتائج هـذة الدراسـة تحسنًا ملحوظًا لأفراد المجموعتين التجريبيتين، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية. كما أوضـحت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تلقوا برنامج التـدريب علـى المهـارات الاجتماعية كانت دلالة التحسن لصالح أفراد هذه العينة مقارنـة بـالأفراد الذين تلقوا البرنامج المعرفي السلوكي. كما أوضحت نتائج الدراسة بعـد

المتابعة أن العلاج عن طريق تدريب المهارات الاجتماعية كانت درجة التحسن أفضل من العلاج المعرفي السلوكي.

### دراسة مكمانوس وآخرين (2000) Mcmanus, F. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاج وهو العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج الوهمي لعلاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة من (32) مريضًا تم تقسيمهم عشوائيًا إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها (10) من المرضى، والمجموعة الثانية تلقت العلاج الدوائي وكان عدد أفرادها (13) مريضًا. بينما تلقت المجموعة الثالثة علاجًا وهمياً وكان عدد أفرادها (9) مرضى. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت استبيانات تشمل قياسات الخوف من التقييم السلبي، والاكتئاب، وقلق (الحالة –السمة).

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنًا ملحوظًا للمرضى الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي والمرضى الذين تلقوا العلاج الدوائي.

### دراسة أوتوميكل وآخرين (2000) Otto Michael. W. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وكان متوسط أعمار هذه العينة 39.8 سنة من الأفراد الذين تم تشخيصهم حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها، (D.S.M.III-R, 1987) وكانت مدة البرنامج العلاجي (12) أسبوعاً بواقع جلسة واحدة كل أسبوع وبعد نهاية البرنامج العلاجي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسنًا ملحوظًا لكلا البرنامجين من العلاج، العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي، ولم يوجد بينهما اختلافاً في درجة التحسن.

### دراسة كوتروكس وآخرين (2000) Cottraux, J. et. al:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التدعيمي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت هذه الدراسة من (69) مريضاً شخصوا باضطراب الرهاب الاجتماعي حسب دليل تشخيص الاضطرابات لنفسية وإحصاءها (D. S. M. IV 1994) حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي المجموعة الثانية تم علاجها بالعلاج التدعيمي وكان مدة البرنامج العلاجي ثمان جلسات مدة كل جلسة ساعة واحدة ولمدة ستة أسابيع. يتبعها ست جلسات مدة الجلسة الواحدة ساعتين للتدريب على المهارات الاجتماعي وتكون في شكل مجموعات، المجموعة الثانية تلقت برنامج العلاج التدعيمي، وكان مدة البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي كانت درجة التحسن لديهم أفضل من الأفراد الذين تلقوا البرنامج العلاجي التدعيمي على مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي.

### دراسة هيمبرج وآخرين (1998) Heimberg, G .et al:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة نوعين من العلاج وهو العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج الدوائي لمرض الرهاب الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من 133 مريضًا شخصوا باضطراب الرهاب

الاجتماعي حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها للجمعية الأمريكية للطب النفسي باضطراب الرهاب الاجتماعي (D. S. M. IV 1994). وقد تم تقسيم العينة إلي أربع مجموعـات، المجموعـة الأولـى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعـة الثانيـة المجموعـة الضابطة، والمجموعة الثالثة تم إعطاؤها دواء وهمي، والمجموعة الرابعة تم إعطاؤهم علاجاً تشجيعياً، أما الأدوات المستخدمة فهي اختبارات تقيمية للمرض من خلال مقارنة الاستجابة لظروف العلاج، وكانت مدة البرنامج العلاجي اثني عشر أسبوعًا. بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الدوائي والعـلاج المعرفـي السلوكي كانت معدلات التحسن عالية على القياس البعدي، كما أن العلاج الدوائي اظهر تحسناً بعد ستة أسابيع من بداية البرنامج العلاجـي، كمـا أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الدوائي كانت نسبته أعلى فـي درجـة التحسن من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي بعد إتمام فتـرة البرنـامج العلاجي، وأن الفروق كانت بسيطة ما بـين العـلاج الـدوائي والعـلاج المعرفي السلوكي الجماعي.

### دراسة سامي محمد هاشم ( 1997م) :

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان فاعلية برنـامج العـلاج العقلانـي الانفعالي. مستخدمة فنيات إعادة البناء المعرفي، والواجبات المنزلية، وذلك لعلاج الخواف الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من ستة من الطلبـة الجامعيين بحيث تنطبق عليهم المحكات الـواردة فـي دليـل تـشخيص الاضطرابات النفسية واحصائها D S M - III - R لتشخيص الخـواف الاجتماعي إضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعه على مقياس الخواف الاجتماعي المستخدم .

وأوضحت النتائج أن أهم الأسباب المؤدية للخواف الاجتماعي هي أساليب المعاملة الوالدية، والارتباط الشرطي، والأفكار الخاطئة اللامنطقية أو اللاعقلانية من عدم الكفاءة . كما أوضحت الدراسة أن البرنامج المستخدم كان له فاعليته في علاج الخواف الاجتماعي لدى طلاب الجامعة، حيث انخفضت المخاوف لديهم بصورة جوهرية بعد الجلسات، وهو ما يعكس وجود فروق دالة بين مستوي الخواف الاجتماعي لدى الحالات قبل وبعد الجلسات لصالح التطبيق البعدي.

**دراسة تايلور وآخرين (1997) Tayler, S. et. al :**

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مدى فاعلية إعادة البناء المعرفي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (60) فرداً من الذكور والإناث، حيث تم توزيعها على مجموعتين المجموعة الأولي وهي المجموعة التجريبية والتي تلقت العلاج المعرفي مصاحبًا بالتعرض لبعض المواقف الاجتماعية، والمجموعة الثانية هي المجموعة الضابطة التي تم تعريضها للمثيرات الاجتماعية وبدون علاج.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة فاعلية إعادة البناء المعرفي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي وفي التقليل من الإدراك الاجتماعي السلبي والمعرفة الاجتماعية السلبية وزيادة الإدراك الإيجابي.

**دراسة ماتيا (1996) Mattia, R :**

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من عشرة أفراد ممن يعانون من اضطراب الرهاب

الاجتماعي. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت مقاييس اضطراب الرهاب الاجتماعي، والعمل المعرفي، الاكتئاب، والخوف من التقييم الخاطئ، وتشخيص الأعراض التجنبية والنمطيه للرهاب الاجتماعي.

وأظهرت نتائج الدراسة تحسنًا ملحوظًا في خفض حدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لهؤلاء المرضى.

### دراسة إميلكامب وسكولنج (1996)

**Schooling, A &Emmelkamp, P:**

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من(50) مريضاً ممن يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي حيث تم تقسيمها إلي ثلاث مجموعات المجموعة الأولى مجموعة التعريض، المجموعة الثانية مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، المجموعة الثالثة مجموعة العلاج المعرفي السلوكي والمتبوعة بفنية التعريض.

أوضحت نتائج هذه الدراسة وجود تحسن دال في المجموعات الثلاثة، وأوضحت الدراسة أيضا أن المجموعة التي تلقت العلاج بالتعريض فقط كانت أكثر المجموعات فاعلية على المدى الطويل كما لم يلاحظ الباحث أي تغييرات بين القياسيين البعدي والتتبعي.

### دراسة دبرا وآخرين(1995) Debra, A. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلي مقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لهمبرج في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي، والعلاج

بالتعرض السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعة الثانية مجموعة التعرض السلوكي، أما المجموعة الثالثة فكانت المجموعة الضابطة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت مقياس التجنب الاجتماعي لواطسن وفرند Friend, Watson، وأداة فرعية لقياس الرهاب الاجتماعي من مقياس المخاوف لماركس Marks، وأداة الخوف من التقييم السلبي لواطسن وفرند، ومقياس سلوكي فردي للعب الدور في مواقف الغضب والقلق.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً في خفض الرهاب الاجتماعي لدي المجموعتين مقارنة بالمجموعة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة أنه لا فرق بين العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، والعلاج بالتعرض السلوكي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى هؤلاء المرضى.

### دراسة البانو وآخرين (1995م) Albano, M. et. al :

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف عن مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين، وقد تكونت عينة الدراسة من خمسة مراهقين يعانون من الرهاب الاجتماعي، وتتراوح أعمارهم ما بين (13-26) سنة. وكانت مدة البرنامج العلاجي (16) جلسة، مع اشتراك آبائهم فى بعض جلسات محددة، وتضمنت الجلسات العلاجية، التدريب على بعض المهارات الاجتماعية، ومهارات حل المشاكل، وتدريبات توكيدية، وإعادة البناء المعرفي، والتعريف السلوكي.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة إلى حدوث تحسن دال إحصائيًا على مقاييس التقدير الذاتي للقلق والاكتئاب، واستمر التحسن الدال على مدى فترة المتابعة التي كان مدتها عام، كما أشارت مقاييس تقدير السلوك إلى انخفاض في حدوث القلق لأفراد العينة بعد العلاج، والتي استمرت أيضًا فترة المتابعة، كما أن المقابلات الشخصية أظهرت بعد سنة من العلاج انتهاء الرهاب الاجتماعي لأربعة من أفراد العينة، وواحد منهم بصورة جزئية.

## دراسة أحمد متولي عمر ( 1993 ) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة وتكونت عينه الدراسة من (36) طالباً وتراوحت أعمارهم ما بين ( 18-22 ) سنة ، واستخدم الباحث في دراسته عدد من المقاييس، وهي مقياس الخجل، ومقياس الخجل الاجتماعي، ومقياس المهارات الاجتماعية، واختبار تأكيد الذات، ومقياس تقدير الذات ومقياس الخوف من التقييم السلبي، قائمة الملاحظة السلوكية، وتضمن البرنامج العلاجي(12) جلسة بواقع جلستين في الأسبوع ولمدة ساعة واحدة، واستخدم الباحث خلال هذه الجلسات الفنيات التالية :- فنية المناقشة، وفنية التدريب علي مهارات إعادة البناء المعرفي، والتعريض لمواقف مصطنعة من القلق الشديد في محيط العلاج الجماعي، والتدريب على المهارات التوكيدية، والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعي . وأوضحت النتائج فاعلية كلا البرنامجين في خفض الفوبيا الاجتماعية لدي طلاب الجامعة .

## دراسة جليلة سبتي القيسي (1993):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر البرنامج الإرشادي في خفض مستوي الخوف لدى الطالبات الجامعيات، وقد تكونت عينة الدراسة من (10) طالبات، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية في دراستها – قائمة أنواع المخاوف، مقياس درجة المخاوف المرضية، واستمارة دراسة الحالة، أما الفنية المستخدمة في الدراسة فهي فنية التحصين التدريجي على مدي (30) جلسة إرشادية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً. وأشارت النتائج إلى انتشار المخاوف المرضية بنسبة عالية لدى الطالبات الجامعيات، وتتمثل المخاوف في الصور التالية:– مخاوف الرسوب في الامتحان، مخاوف من منظر القتلى في الحوادث أو الموت، مخاوف فقد والدي فجأة – مخاوف مفاجأة شخص لي في الظلام – مخاوف من الثعبان والعقرب .

**وأظهرت النتائج :**

- وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات المخاوف المرضية لدى طالبات مجموعتي الدراسة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات المخاوف المرضية لدى طالبات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح الإجراء القبلي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات المخاوف المرضية لدى طالبات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وبعده.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات المخاوف المرضية لدى طالبات المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة.

تنخفض درجة المخاوف المرضية لكل حالة من الحالات موضع الدراسة الإكلينيكية على حدة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

**دراسة ولازلو وآخرون (1990م) Wlazlo, Z. et. al :**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج المهارات الاجتماعية على عينة من الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من 78 عميلاً، تلقى 29 عميلاً علي تدريب المهارات الاجتماعية، وتلقى 23 عميلاً علي تدريب المهارات الاجتماعية بالإضافة إلي التعريض الاجتماعي، وتلقى 17 عميلاً من أفراد العينة علي التعريض بصورة فردية.

وتم استخدام بعض مقاييس التقرير الذاتي سواء قبل التدخل وبعد المعالجة ثم بعدها بثلاثة أشهر.

وأظهرت نتائج الدراسة تحسنًا دالاً إحصائيًا في المتغيرات الرئيسية في الدراسة (الرهاب الاجتماعي، النقص في المهارات الاجتماعية وأيضًا في بعض نواحي الشكوى الأخرى مثل: (الاكتئاب – الاستحواذ، بعض الاضطرابات السيكوسوماتية)

**دراسة هيمبرج (1990) Heimberg, R :**

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، والعلاج الوهمي للرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (34) عميلاً ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي، حيث تلقى (17) عميلاً من أفراد العينة العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، والذي تضمن التعريض لبعض الأحداث المثيرة للرهاب الاجتماعي، وإعادة البناء المعرفي للأفكار غير التكيفية، وبعض الواجبات عن التعريض الذاتي المباشر، وإعادة البناء

المعرفي بين الجلسات، بينما تلقت المجموعة الضابطة قائمة مكونة من مناقشات ومحاضرات وتدعيم اجتماعي.

وقد تم استخدام التقديرات الإكلينيكية، ومقاييس التقدير الذاتي، ومقاييس لبعض الخصائص المعرفية والفسيولوجية، وذلك في القياس القبلي والبعدي، والقياس التتبعي الأول بعد ثلاثة أشهر والقياس التتبعي الثاني بعد ستة أشهر.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن كلاً من المجموعتين أظهرت تحسناً على أغلب المقاييس المستخدمة في الدراسة، ولكن في القياسين التتبعيين أظهرت المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي الجماعي تحسناً أكبر قياسًا بالمجموعة الثانية.

**دراسة مايتك وآخرون MaticK, R. et. al (1989):**

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة تأثير العلاج المعرفي، والعلاج بالتعريض، والعلاج المعرفي مضافاً إليه العلاج بالتعريض، وقد تكونت عينة الدراسة من (43) مريضًا ممن يعانون من مرض الرهاب الاجتماعي، حيث قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت بالتعريض، والمجموعة الثانية تلقت إعادة البناء المعرفي، بينما تلقت المجموعة الثالثة بالطريقتين العلاج بالتعريض وإعادة البناء المعرفي.

أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بطريقة إعادة البناء المعرفي، والعلاج بالتعريض تحسناً ملحوظاً على جميع مقاييس الخوف الاجتماعي بينما تحسن أفراد المجموعة الأولى في الخوف ولم يحدث تحسناً في الاتجاهات كما أن المجموعة الثانية كانت أقل من المجموعتين في التحسن السلوكي بعد العلاج مباشرة، ولكنها كانت الأفضل في الدراسة التتبعية،

كما أوضحت نتائج الدراسة أدت هذه الطريقة أدت إلى تغيرات في الخوف من التقييم السلبي وأيضًا في مركز التحكم.

### دراسة ماتيك، وبيترز (1988) Mattick, R. Peters, L :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة نوعين من العلاج النفسي وهو العلاج بالتعريض بمفرده، والعلاج بالتعريض مضافاً إليه إعادة البناء المعرفي لعلاج مرضى الرهاب الاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من(51) عميلاً منهم (24) من الذكور و(27) من الإناث وبمتوسط عمري (37) سنه، وتم تقسيمهم إلى مجموعات تتكون كل منها من (4-7) من العملاء، فبعض المجموعات تلقت علاجاً جماعياً لمدة 6 جلسات بفنية التعريض بمفردها والمجموعات الأخرى تلقت العلاج بفنية التعريض مضافاً إليها إعادة البناء المعرفي وبواقع (6) جلسات، واستخدمت عدة مقاييس في هذا البحث هي : مقاييس التقدير الذاتي للتجنب، ومقياس الحالة الوظيفية النهائية، ومقياس الخوف من التقييم السلبي.

وأظهرت النتائج بالنسبة للقياس البعدي الأول أن الأفراد في كل من نوعى العلاج أظهر تحسنًا واضحًا . إلا أن المرضى الذين تلقوا علاج التعريض مضافًا إليه إعادة البناء المعرفي قد اظهروا تحسنًا أكبر من مجموعة التعريض بمفرده . وكان الفرق دالاً إحصائياً.

### دراسة ناريمان رفاعي (1985) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب التوكيدي في علاج مرضى الفوبيا الاجتماعية . وتكونت عينة الدراسة من (40) طالبة منهن (20) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية، و(20) طالبه من

طالبات المرحلة الجامعية، وذلك من الطالبات الحاصلات على درجات عالية، كما استخدمت الباحثة عددًا من المقاييس منها : قائمة فولبة للميل العصابي، واستمارة المقابلة، واستمارة تقرير ذاتي لتشخيص الفوبيا الاجتماعية . واستخدمت برنامجًا للتدريب التوكيدي مؤسس علي النمذجة ولعب الدور.

وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي في الاتجاه الذي يشير إلى زيادة التوكيدية ونقص أعراض الرهاب الاجتماعي . واستمر التحسن بعد فترة متابعة امتدت لثلاثة أشهر، وذلك لكل من طالبات المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية. ومقارنة بالمجموعتين الضابطتين .

## تعليق على الدراسات السابقة

### أولا : الدراسات المتعلقة باضطراب القلق :-

من خلال استعراض ما أمكن الحصول عليه من الدراسات السابقة، نجد أنها ألقت الضوء على كثير من الجوانب التي تفيد الباحث في دراسته الحالية، **وسوف يتناول الباحث هذه الدراسات بالمناقشة في ضوء المعايير التالية:**

1- الأساليب العلاجية.

2- عينة الدراسة.

3- أدوات الدراسة.

4- النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

## 1- الأساليب العلاجية

من خلال استعراض الدراسات السابقة اتضح أن الباحثين استخدموا العديد من الأساليب العلاجية، حيث تضمنت بعض الدراسات، مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق كما هو في دراسة Robert, et al (2000) ودراسة Michel. et. al (2003) كما يوجد دراسات قامت بإجراء مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المتمركز حول العميل، والتدريب على الاسترخاء مثل دراسة (1993) Borkovec, costello ودراسة (1991) Hopkinz ،Borkovec، ودراسة (1987) Mathews، Borkovec.

كما أن هناك دراسات قامت بإجراء مقارنة بين أسلوبين من العلاج، العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالتدريب على الاسترخاء مثل دراسة Arntz (2003)، ودراسة oest et al (2000)، وهناك دراسات أجرت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وأنواع من الأساليب العلاجية الأخرى مثل التغذية المرتدة كما هو في دراسة (1995) Biswas. et. al، ودراسة Biswas. et. al (2001).

وبعض الدراسات السابقة قامت بإجراء مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالعقاقير مثل دراسة Biswas. et. al (1995)، ودراسة Mcmanus.et.al (2000).

أما مدة البرنامج العلاجي لهذه الدراسات فكانت في الغالب محددة باثني عشر جلسة، بمعدل جلستين أسبوعيًا، وعند البعض الآخر من الباحثين كانت جلسة واحدة أسبوعيًا، كما هو في دراسة (2000)

ودراسة Cotbraux .et. al ودراسة Borkovec. Castello (1993)، ودراسة Oest. et. al (2000) ودراسة Heimerg. et al (1998).

## عينة الدراسة

من خلال استعراض عينات الدراسة المتعلقة باضطراب القلق، وجد الباحث أن هناك تقارب في حجم عينة الدراسات ولم يكن هنـاك أعـداد كبيرة، وتراوحت حجم عينة الدراسات ما بين 20- 80 مريـضًا، مـن المرض المراجعين للعيادات النفسية، وهناك بعض الدراسات كانت عينـة الدراسة من الطلبة كما هو في دراسـة (Borkovec, athews (1987) ودراسة (pruzinsky (1986 ودراسة أمثال الحويلة وأحمد عبد الخـالق (2002)، أما أعمار عينة الدراسة فكانت تتراوح ما بين 20- 60 سـنة ومن خلال هذا العرض لعينة الدراسة فإنه يستحسن اختيار العينـة مـن المرضى المراجعين للعيادات والنفسية، بحيث تكون عينة الدراسـة مـن عشرة أفراد يتم علاجهم بالعلاج المعرفي السلوكي، وعشرة أفـراد يـتم علاجهم بالعلاج الدوائي وتعتبر هذه العينة ضابط.

## أدوات الدراسة:

لقد استخدمت عدة مقاييس في الدراسـات الـسابقة حـسب هـدف الدراسة منها على سبيل المثال: مقياس بيك للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس هاميلتون للقلق، ومن هذه الدراسات التي استخدمت هذه المقاييس دراسـة (Biswas. et al (2001 ودراسـة(Borkovec (1998 Mathews, ودراسة (pruzinsky (1986 أما بقية الدراسـات فكانـت المقاييس فيها مختلفة فمنهم من استخدم مقاييس تم إعدادها من قبل الباحث

لقياس درجة القلق كما هو في دراسة Michel. Et al (2003) ودراسة Oest .et al (2000) ودراسة أمثال الحويلة وأحمد عبد الخالق (2000).

**النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة :**

أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن اضطرابات القلق بصفة عامة، واضطراب القلق والقلق الاجتماعي بصفة خاصة لها تأثير على الفرد وبالتالي لابد علاج هذه الاضطرابات حتى يكون الإنسان منتجًا، ويمارس عملة بعيدًا عن تلك الاضطرابات، فالعلاج المعرفي أحد الأساليب العلاجية التي أثبتت فاعليتها في علاج مرضى اضطرابات القلق، فالدراسات السابقة التي تم عرضها أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق مقارنة بالعلاجات النفسية الأخرى، مثل دراسة (1996) sapp ودراسة (1991) Butler. et.al ودراسة (2001) Biswas. et. al ودراسة (1991) Borkovec, Hopkinz.

كما أن هناك دراسات أظهرت نتائج بأنه لا يوجد فرق في درجة التحسن وما بين العلاج المعرف السلوكى والتدريب على الاسترخاء كما هو في دراسة (1993) Borkovec،costello ودراسة (2003) Arntz ودراسة (2000) Oest, et.al

كما أظهرت بعض الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالتغذية المرتدة كما هو في دراسة (2001) Biswas. et. al.

بعض الدراسات قامت بإجراء مقارنة ما بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي ووجد الباحثون أنه لا يوجد بينهما فارق في درجة التحسن كما هي في دراسة (2000) Mcminus.

وقد استفاد الباحث من بعض تلك الدراسات في بناء البرنامج العلاجي، حيث وجد أن بعض الدراسات حددت مدة البرنامخ العلاجي بفترة زمنية معينة، وحددت أيضًا عدد الجلسات 12 جلسة، مثل دراسة Oast (2000) ودراسة Arntz (2003) ودراسة (1993) Borkovec,Hopkinz ودراسة Borkovec, Mathews (1988) ودراسة Borkovec, Mathews (1987) ودراسة Butler, et. al ودراسة Burns, Nolen, Hoeksena (1992).

كما استفاد الباحث أيضًا من الفنيات المستخدمة في تلك الدراسات ومن هذه الفنيات فنية إعادة البناء المعرفي، وفنية التعريض، وفنية الاسترخاء، والواجبات المنزلية والتغذية المرتدة، وفنية التخيل.

## ثانياً: تعليق على الدراسات السابقة الخاصة بالرهاب الاجتماعي:

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي، وجد الباحث أن هناك دراسة قد ألقت الضوء على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الرهاب الاجتماعي، ولكن أغلب هذه الدراسات كانت على المجتمع الغربي، بينما كانت الدراسات العربية تطبق على طلاب المدارس والجامعات، **وسوف يتناول الباحث هذه الدراسة وفق المعايير التالية:**

1- من حيث الأسلوب العلاجي.

2- من حيث عينة الدراسة.

3- من حيث الأدوات المستخدمة.

4- من حيث النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

## 1- من حيث الأساليب العلاجية:

من خلال استعرض الدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي، وجد الباحث أن الباحثين في تلك الدراسات استخدموا العديد من الأساليب العلاجية، حيث تضمنت بعض الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي كما هو في دراسة Woody. et. al (2002) ودراسة Wellsi (2001) ودراسة (1996) Schooling, Emmelkanp ودارسة Toyler et al (1997) أما بعض الدراسات فقد استخدمت أسلوب العلاج المعرفي السلوكي الفردي مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي الجماعي مثل دراسة (2003) Stangier, et al.

كما يوجد هناك دراسات استخدمت أسلوب المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي مثل دراسة (2000) Mcmanus , et al ودراسة Otto Michael, et al (2000) ودراسة (1998) Heimerg, et al.

كما أن بعض الباحثين في الدراسات السابقة قارنوا بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعريض وهو ما أوضحته دراسة (1995) Debra, et. al ودراسة Mattick, Peters (1988) ودراسة otto Michael, et al.

ومن ناحية أخرى وجد الباحث أن هناك دراسات قامت بإجراء مقارنة بين بعض الأساليب العلاجية مثل دراسة (2000) Cohraux, et al الذي قارن بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التدعيم، ودراسة

Lincoln, et al (2003) أجرت مقارنة بين فنية العلاج بالتعريض وفنية إعادة البنية المعرفية.

كما أن هناك دراسات أجرت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية مثل دراسة Von. et al (2000) ودراسة أحمد عمر متولي (1993).

وأخيرًا ظهر أن بعض الباحثين استخدموا فنيات التدريب على المهارات الاجتماعية، وفنية التعريض في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعية، كما هو في دراسة Wlazlo, et al (1990)

## 2- من حيث عينة الدراسة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي وجد الباحث أن عينة الدراسة تراوحت في الغالب ما بين (30- 80) حالة، ألا أنه يوجد في بعض الدراسات كانت العينة تتراوح ما بين (5-10) حالة وبعض الباحثين اهتم بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على طلبة الجامعة مثل دراسة أحمد عمر متولي (1993) ودراسة جليلة القيسي (1993) ودراسة سامي هاشم أما بقية الدراسات السابقة فكانت على المرضي المراجعين للعيادات الخارجية، فالواضح لنا أن الدراسات العربية كانت على طلبة المدارس بينما كان أغلب الدراسات الأجنبية على المرضي المراجعين للعيادات النفسية.

## من حيث الأدوات المستخدمة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة والمتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي وجد الباحث من خلال هذه الدراسات أن الأدوات المستخدمة كانت تعد من قبل الباحث بحيث يقوم بعمل مقياس يقيس به اضطراب

الرهاب الاجتماعي، وكذلك هناك مقاييس تقيس الخوف من التقييم السلبي.

**من حيث النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة:**

أظهرت معظم الدراسات السابقة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى مثل دراسة Stangier, et al(2003) بينما يوجد دراسات أخرى أظهرت نتائجها أنه لا فرق بين العلاج المعرفي السلوكي وبعض الأساليب العلاجية الأخرى مثل دراسة Mcmanus, et al (2000) ودراسة otto Michael, et al (2000) .

بينما كانت دراسات تؤكد على أن العلاج الدوائي يعد أفضل من العلاج المعرفي كما هو في دراسة Heimarg . et al (1998).

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن العلاج عن طريق التعريض يعتبر الأفضل في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي مثل دراسة Schooling&Emmelkamp(1996)

ومن خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي وجد الباحث أن لكل فنية مزاياها وأنها أدت إلى فاعليتها لعلاج اضطراب الرهاب الاجتماعي. فالباحث استخدم أسلوب العلاج المعرفي السلوكي لما له من أهميه في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي وتخفيف معاناة الأفراد الذين يعانون من هذا المرض.

## فـروض الدراسـة :

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة يفترض الباحث الفروض التالية لدراسته:

1- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات القلق للقياسين القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجـاه القيـاس القبلي(*)(المجوعة التجريبية الأولى).

2- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات القلـق للقياسـين البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي(المجموعـة التجريبية الأولى).

3- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسـطي درجـات القلـق لـدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي(للمجموعة التجريبيـة الأولـى) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الأولى) فـي مرحلـة القيـاس البعدي.

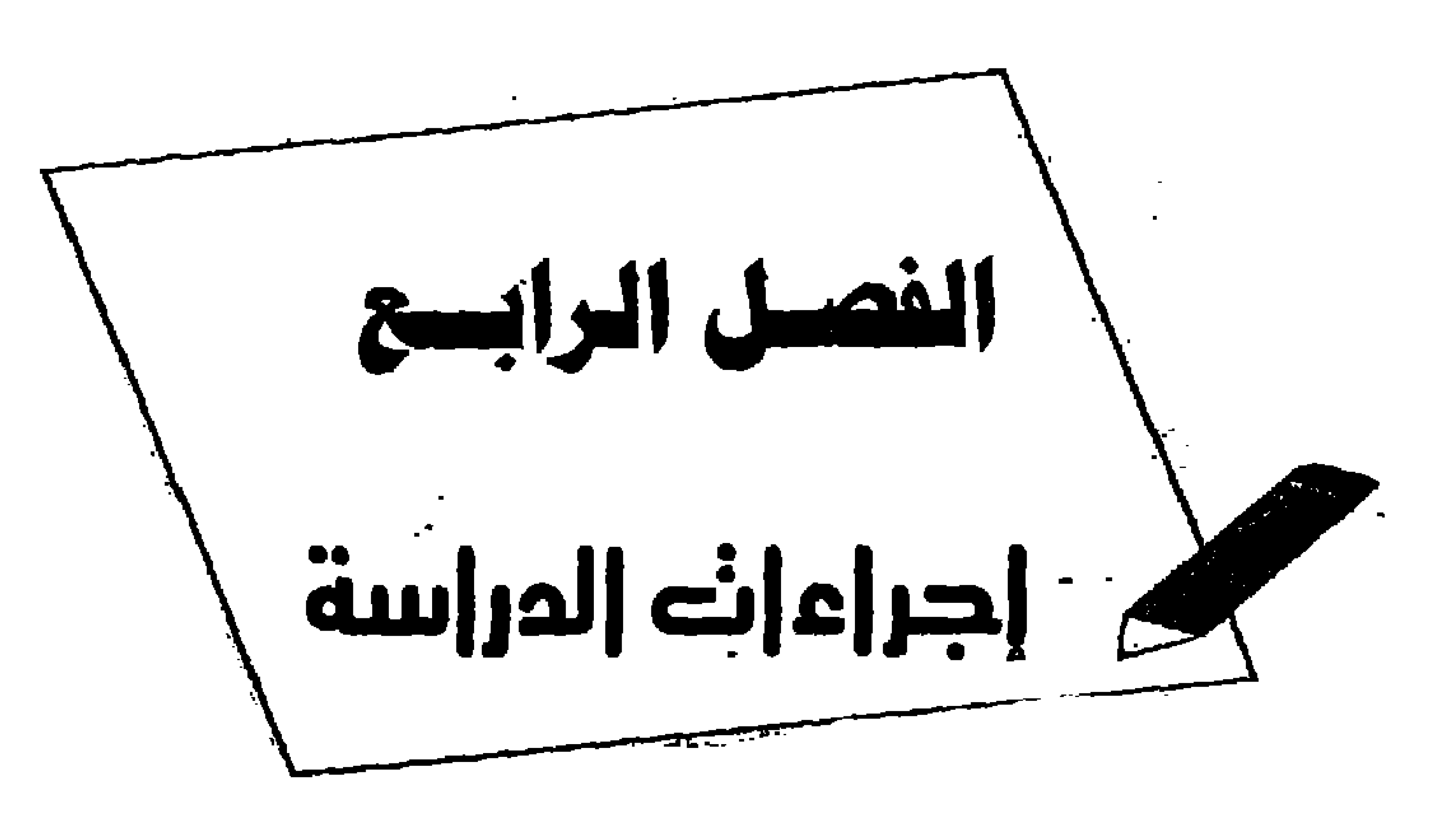
4- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتمـاعي للقياسين القبلي والبعدي لدى مجموعة العـلاج المعرفـي الـسلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) في اتجاه القياس القبلي.

---

(*) تشير الدرجة المرتفعة على مقياس القلق المستخدم إلى زيادة نسبة القلق, والدرجة المنخفضة على مقياس القلق تشير إلى انخفاض القلق, وكذلك في مقياس الرهاب الاجتماعي.

5- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي للقياسين البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي(المجموعة التجريبية الثانية).

6- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الثانية) في مرحلة القياس البعدي.




- مقدمة
- أولا: منهج الدراسة.
- ثانيا: عينة الدراسة.
- ثالثا: شروط اختيار عينة الدراسة.
- رابعا: أدوات الدراسة.
- خامسا: الأسلوب الإحصائي.

# الفصل الرابع
# الطريقـــة والإجـــراءات

**مقـدمـة :**

يتناول البحث الحالي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فـي خفـض اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المراجعين للعيـادات النفسية ويتناول الباحث في هذا الفصل الإجراءات التطبيقيـة للدراسـة الحالية:

ويتضمن منهج الدراسة واختيار عينـة الدراسـة وتطبيـق أدوات الدراسة، وعرضًا موجزاً للخطوات الإجرائية للدراسة, وفي الختـام يـتم عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة .

**أولاً : منهج الدراسة :-**

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي , باعتبارهـا تجربـة هدفها التعرف على فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي فـي خفـض اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي، ويتضمن ذلك المتغيرات التالية:

**المتغير المستقل Independent variable** : وهو عبارة عن برنامج العلاج المعرفي السلوكي .

**المتغيرات التابعة Dependent variables** : وهى التغيـرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى المرضـى الـذين يعـانون مـن بعـض اضطرابات القلق، وتـشمل: اضـطراب القلـق، واضـطراب الرهـاب الاجتماعي، بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة,

ومن ثم فإن التحسن يعد بمثابة المتغير التابع في هذه الدراسة.

## ثانيًا : عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة الحالية من (40) فرداً من المترددين على العيادات النفسية بصحة الطائف، والذين يعانون من اضطراب القلق، واضطراب الرهاب الاجتماعي وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي، **بحيث ينقسمون إلى أربع مجموعات:**

### المجموعة التجريبية الأولى :

وتضم (10) أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق، والمترددين على العيادات النفسية وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18 – 45) سنة .

### المجموعة الضابطة الأولى:

وتضم (10) أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق والمترددين على العيادات النفسية ويعالجون بالعقاقير الطبية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18 – 45) سنة .

### المجموعة التجريبية الثانية :

وتضم (10) أفراد ممن يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي (القلق الاجتماعي) والمترددين على العيادات النفسية، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18 – 45) سنة .

**المجموعة الضابطة الثانية :**

وهى المجموعة الضابطة وتضم (10) أفراد ممن يعـانون مـن اضطراب الرهاب الاجتماعي ويعالجون بالعلاج العقاقير فقـط وتتـراوح أعمارهم ما بين (18 – 45) سنة .

**جدول رقم (1)**

**يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة**

| م | مجموعة الدراسة | عدد أفراد العينة | الجنس |
|---|---|---|---|
| 1 | المجموعـة التجريبيـة الأولـى (اضطراب القلق). | 10 أفراد | ذكور |
| 2 | المجموعـة الـضابطة الأولـى (اضطراب القلق). | 10 أفراد | ذكور |
| 3 | المجموعـة التجريبيـة الثانيـة (اضطراب الرهاب الاجتماعي). | 10 أفراد | ذكور |
| 4 | المجموعـة الـضابطة الثانيـة (اضطراب الرهاب الاجتماعي). | 10 أفراد | ذكور |
| | **المجموع الكلي** | 40 فرداً | ذكور |

**شروط اختيار العينة :**

**حرص الباحث في اختيار عينة الدراسة الحالية على مجموعة من الشروط وهى :-**

1- خلو أفراد العينة من الاضطرابات العقلية والأمراض العضوية، وسوف يكون التأكد من ذلك عن طريق الطبيب النفسي المعالج في العيادات النفسية .

2- التأكد من وجود اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي من قبل الطبيب النفسي في العيادة (التشخيص الطبي) بالإضافة إلى نتائج المقاييس النفسية التي تؤكد وجود هذين الاضطرابين لدى أفراد العينتين من القلق والرهاب الاجتماعي.

3- لا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن المستوى الإعدادي .

4- التأكد من عدم تلقى أي فرد من أفراد العينة لأي علاج نفسي سابق.

5- سوف تكون عينة الدراسة من الذكور فقط .

6- أن لا يقل عمر العينة عن 18 سنة ولا يزيد عن 45 سنة.

**وصف عينة الدراسة :**

وقبل تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد عينة الدراسة تمت المجانسة بين مرضى اضطراب القلق (المجموعة التجريبية الأولى) و(المجموعة الضابطة الأولى), وكذلك تمت المجانسة بين مرضى الرهاب الاجتماعي (المجموعة التجريبية الثانية) و(المجموعة الضابطة الثانية)، من حيث العمر الزمني, والمستوى التعليمي، ومن حيث درجة القلق, ومن حيث المستوى الاقتصادي، ومن حيث الجنس.

## أولاً: مجموعة مرضى اضطراب القلق:

### أ – العمر الزمني للمجموعة التجريبية الأولى والضابطة الأولى:

تراوحت أعمار عينة المجموعة التجريبية الأولى ما بين 18-45سنة بمتوسط قدره (31.20) سنة وانحراف معياري 7.16، بينما تراوحت أعمار المجموعة الضابطة ما بين 18-45سنة بمتوسط قدره (32.40 سنة ) وانحراف معياري 8.95.

ويوضح الجدول رقم(2) الفروق بين متوسط درجات العمر الزمني والانحراف المعياري وقيمة "ت" لمرضى اضطراب القلق للمجموعتين التجريبية الأولى والضابطة الأولى.

**جدول رقم (2)**

**دلالة الفروق وقيمة (ت) بين متوسطات درجات مرضى اضطراب القلق للمجموعتين التجريبية الأولى والضابطة الأولى في العمر الزمني**

| المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية الأولى | 10 | 31.20 | 7.16 | 0.443 | غير دالة إحصائياً |
| الضابطة الأولى | 10 | 32.40 | 8.95 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين متوسطات درجات مرضى اضطراب القلق للمجموعتين التجريبية الأولى والضابطة الأولى في العمر الزمني، حيث كانت قيمة (ت) 0.443 وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلاله 0.05.

ب- مستوى درجة القلق للمجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة الأولى قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي للمجموعة الضابطة الأولى.

ويوضح الجدول رقم (3) الفروق بين متوسطات درجات مرضى اضطراب القلق للمجموعتين التجريبية الأولى والضابطة والأولى وقيمة (ت) ومستوى دلالتها في القياس القبلي.

**جدول رقم (3)**

**الفروق بين متوسطات درجة القلق لدى أفراد العينة في المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة الأولى في القياس القبلي**

| المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية الأولى | 10 | 71.00 | 2.11 | 0.429 | غير دالة إحصائياً |
| الضابطة الأولى | 10 | 71.00 | 2.42 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجة اضطراب القلق لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى درجة القلق للقياس القبلي. حيث كانت قيمة (ت) 0.429 وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلاله 0.05.

**المستوى الاقتصادي لعينة اضطراب القلق :**

تمت المجانسة بين المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق للمجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة الأولى في المستوى

الاقتصادي حيث حدد الباحث في دراسة الحالة (البحث النفسي) بأن تكون الحالة الاقتصادية متوسطة لكلا المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة الأولى.

**المستوى التعليمي:** لقد تم تجانس عينة الدراسة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي بأن يكون مستوى المريض التعليمي لا يقل عن الإعدادية أي من المرحلة الثانوية والجامعية.

**الجنس:** تم اختيار عينة الدراسة الحالية من المرضى المراجعين للعيادات النفسية، واقتصرت عينة الدراسة على الذكور دون الإناث.

## ثانياً: مجموعة مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي

### أ- العمر الزمني للمجموعتين التجريبية الثانية والضابطة الثانية:

تراوحت أعمار عينة الدراسة للمجموعة التجريبية الثانية ما بين (18-45 سنة) بمتوسط قدره 27.30 سنة وانحراف معياري 6.20، بينما تراوحت أعمار المجموعة الضابطة ما بين (18-45 سنة) بمتوسط قدره 26.20 سنة وانحراف معياري 4.39.

ويوضح الجدول رقم(4) الفروق بين متوسطات درجات العمر الزمني والانحراف المعياري وقيمة "ت" لمرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعتين التجريبية الثانية, والضابطة الثانية.

## جدول رقم (4)

**دلالة الفروق وقيمة (ت) بين متوسطات درجات مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعتين التجريبية الثانية والضابطة الثانية**

**في العمر الزمني**

| المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية الثانية | 10 | 27.30 | 6.20 | 0.412 | غير دالة إحصائياً |
| الضابطة الثانية | 10 | 26.20 | 4.39 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجة اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى دلاله 0.05.

**ب- مستوى درجة اضطراب الرهاب الاجتماعي** للمجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة الثانية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وقبل تطبيق العلاج الدوائي.

تمت المجانسة بين مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة الثانية من حيث درجة اضطراب الرهاب الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج المعرفي والعلاج الدوائي.

ويوضح الجدول رقم (5) الفروق بين متوسطات درجات مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة (ت) ومستوى دلالتها.

**جدول رقم (5)**

**الفروق بين متوسطات درجة اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة في المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة الثانية في القياس القبلي**

| المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية الثانية | 10 | 84.5 | 4.60 | 0.569 | غير دالة إحصائياً |
| الضابطة الثانية | 10 | 85.6 | 3.75 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين متوسطات درجات اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعتين التجريبية الثانية والضابطة الثانية في مستوى درجة القياس القبلي. حيث كانت قيمة (ت) 0.569, وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلاله 0.05.

**المستوى الاقتصادي لعينة مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي:**

تمت المجانسة بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي للمجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة الثانية في المستوى الاقتصادي، حيث حدد الباحث في دراسة الحالة (البحث النفسي) بأن تكون الحالة الاقتصادية متوسطة لكلا المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة الثانية.

## ثالثاً : أدوات الدراسة :-

تتكون أدوات الدراسة مما يلي :-

- مقياس مستشفى الطائف للقلق (إعداد فهد الدليم وآخرين . 1993).
- مقياس القلق الأجتماعي ( ترجمة محمد السيد عبد الرحمن، هانم عبد المقصود، 1994م).
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي (إعداد الباحث).
- استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث) .

**أولاً: مقياس مستشفي الطائف للقلق : ( إعداد فهد الدليم وآخرون، 1993) .**

**وصف المقياس :**

**مقياس مستشفي الطائف للقلق :**

إعداد الدكتور فهد عبد الله الدليم وآخرين (1993).

**خطوات إعداد المقياس :**

إن الهدف من بناء المقياس هو استخدامه كأداة موضوعية مقننة في تشخيص القلق لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، وكذلك استخدامه في البحوث النفسية والطبية النفسية، وروعي في إعداد هذا المقياس أن يكون مشتملاً على مجموعة من الفقرات التي تقيس القلق، وقد اتبع الخطوات التالية :

**أولاً: تم جمع البنود والفقرات ذات المحتوى المرتبط بـالقلق بـصورة مباشرة من المصادر التالية :**

1- Americana Psychiatric Association, (1987) III R .

2- الموسوعة المختصرة للطب النفسي Concise Encyclopaedia of Psychiatry.

3- كتاب إكسفورد للطب النفسي الذي أعده كل من جيلدر ، جوث ، مايو.

Oxford Book for Psychological Therapy, Developed by Gilder, Goath, Mayo.

4- دائرة معارف التحليل النفسي في الولايات المتحدة الأمريكيـة التـي أعدها لدوج الدلبيرج.

Psychological an Analysis Encyclopedia in U. S., Developed by Lodg Aldberg.

5- دائرة المعارف المختصرة للطب النفسي في إنجلترا والتي أعدها كـل من دينسي ليبج، بيروجون ماركسي.

The Brier Encyclopedia for Psychological therapy in U. K., Developed by both of Denisy Liedg and Beurgson Marksi.

6- كتاب أصول الطب النفسي للدكتور/ فخري الدباغ .

**ثانيًا : مراجعة وتحليل بنود اختبارات القلق لكل من :**

1- سبيلبيرجر والذي أعد قائمة القلق (الحالة – السمة) وأعدها للعربيـة كل من : أحمد عبد الخالق ، أمينة كاظم ، عبد الرقيب البحيري في مقاييس تم تقنينها على البيئة المصرية والكويتية.

2- كوستلو وكومري اللذان أعدا مقياس القلق وقام غريب عبد الفتاح بتعريبه. Kostello and Konery.

3- تيلر التي أعدت مقياس القلق الظاهر والذي قام بتعريبه مصطفي فهمي وآخرين .

**ثالثاً** : استخلاص العناصر الأساسية التي تمثل المحاور الرئيسية لأعراض القلق تم تحليلها إلى عناصر فرعية تشتمل على المكونات الدقيقة لأعراض القلق. حيث تم تقسيمها على النحو التالي:

**أ- التوتر الحركي: ويتضمن المتغيرات التالية:**

1- عدم الشعور بالراحة. 2- ارتعاش.

3- توتر عضلي. 4- إحساس بالتعب.

5- وجه مقطب. 6- الشعور بالخجل.

7- عدم القدرة على الاسترخاء. 8- سرعة حركة العين.

9- استعداد للبكاء. 10- الميل للعدوان.

**ب- زيادة في النشاط الاتونومي: ويتضمن المتغيرات التالية:**

1- زيادة إفراز العرق. 2- خفوق القلب.

3- برودة الأطراف. 4- جفاف الفم.

5- اضطرابات الرؤيا. 6- الضيق من الأماكن المرتفعة.

7- الضيق من الأصوات العالية. 8- اضطرابات في المعدة.

9- نوبات من الإحساس بالحرارة والبرودة.

10- زيادة في معدل مرات التبول.

11- الإصابة بالإسهال. 12- الإصابة بالقيء والغثيان.

13- اضطرابات التنفس. 14- اضطرابات جنسية.

15- صعوبة ابتلاع الطعام. 16- آلام في القلب.

17- الصداع.

**جـ- توقعات تشاؤمية: ويتضمن المتغيرات التالية:**

1- مشاعر الرعب والرهبة. 2- مخاوف مرضية.

3- توهم المرض. 4- الخوف من الجنون.

5- توقع الشر.

6- توقع سوء الحظ بالنسبة للذات.

7- توقع سوء الحظ بالنسبة للآخرين.

**د- توتر نفسي: ويتضمن المتغيرات التالية:**

1- الاضطراب العام. 2- تشتت الانتباه.

3- عدم القدرة على التركيز. 4- صعوبات في النوم.

5- مشاعر السقوط من الهوية. 6- شدة القابلية للاستثارة.

7- عدم القدرة على الصبر. 8- نقصان في الوزن.

9- حالة من الكآبة. 10- القنوط واليأس.

11- اضطراب الذاكرة.

**رابعاً:** صياغة عبارات من المتغيرات الفرعية السابقة بحيث يشتمل كل متغير على أكثر من عبارة.

تم عرض الصورة الأولية للمقياس على عدد من الأخصائيين في الطب النفسي بمستشفى الصحة النفسية بالطائف كمحكمين لمعزفة آرائهم في مدى مطابقة العبارات مع المتغيرات واختيار أنسبها مطابقة، أو اقتراح عبارات أخرى لم تذكر، وتم تحليل آراء المحكمين وتحديد النسبة المئوية لدرجة الموافقة والتكرار لكل عبارة.

وقد استبعدت بعض العبارات وتم استبدالها بعبارات أخرى أكثر فهما وذلك عند عرضه بصورته الكاملة على نفس المجموعة المحكمة نم الأطباء النفسيين في مستشفى الطائف للصحة النفسية وقد وضع المقياس في صورته النهائية للتطبيق الميداني بحيث يحتوي على 51 عبارة.

**صدق المقياس :**

لقد تم حساب صدق المقياس بأكثر من طريقة ومنها :-

**أ- صدق المحكمين (صدق المحتوى) .**

وقد أثبتت النتائج درجة عالية من الاتفاق بين المحكمين وعددهم (25) طبيبًا نفسيًا بمستشفي الصحة النفسية بالطائف .

**ب- الصدق العاملي :**

حيث تمت عملية التحليل العاملي للمقياس . وقد بينت النتائج صدق المقياس العاملي والجدول رقم (6) يبين قيمة معاملات الشيوع لكل فقرة في المقياس كما يبين الجدول رقم (7) قيمة الجذر الكامن.

## جدول رقم (6)

قيمة تشبعات الفقرات على عاملي مقياس القلق بعد التدوير

| رقم الفقرة | العامل الأول | العامل الثاني |
|---|---|---|
| 1 | 0.22180 | 0.50623 |
| 2 | 0.50983 | 0.28346 |
| 3 | 0.54348 | 0.28057 |
| 4 | 0.57064 | 0.16912 |
| 5 | 0.55401 | 0.16680 |
| 6 | 0.51928 | 0.18504 |
| 7 | 0.47160 | 0.01284 |
| 8 | 0.33772 | 0.36404 |
| 9 | 0.43897 | 0.11028 |
| 10 | 0.51129 | 0.06047 |
| 11 | 0.49165 | 0.13685 |
| 12 | 0.55379 | 0.15616 |
| 13 | 0.54576 | 0.15291 |
| 14 | 0.47755 | 0.08034 |
| 15 | 0.44797 | 0.03050 |

| رقم الفقرة | العامل الأول | العامل الثاني |
|---|---|---|
| 16 | 0.52790 | 0.11205 |
| 17 | 0.51533 | 0.26755 |
| 18 | 0.45242 | 0.16364 |
| 19 | 0.37029 | 0.26197 |
| 20 | 0.46806 | 0.25799 |
| 21 | 0.51724 | 0.27434 |
| 22 | 0.41464 | 0.30692 |
| 23 | 0.38973 | 0.38599 |
| 24 | 0.47459 | 0.13697 |
| 25 | 0.17719 | 0.62621 |
| 26 | 0.50994 | 0.32495 |
| 27 | 0.50982 | 0.38228 |
| 28 | 0.41636 | 0.38780 |
| 29 | 0.51339 | 0.12894 |
| 30 | 0.05590 | 0.62260 |
| 31 | 0.00683 | 0.55914 |
| 32 | 0.48975 | 0.14800 |

| العامل الثاني | العامل الأول | رقم الفقرة |
|---|---|---|
| 0.65257 | 0.04106 | 33 |
| 0.03024 | 0.49178 | 34 |
| 0.44940 | 0.9215 | 35 |
| 0.60709 | 0.06823 | 36 |
| 0.52986 | 0.04955 | 37 |
| 0.23081 | 0.34791 | 38 |
| 0.25505 | 0.51789 | 39 |
| 0.46011 | 0.10346 | 40 |
| 0.24859 | 0.37489 | 41 |
| 0.14681 | 0.50426 | 42 |
| 0.00350 | 0.49152 | 43 |
| 0.17126 | 0.31456 | 44 |
| 0.58385 | 0.13262 | 45 |
| 0.33182 | 0.51369 | 46 |
| 0.23257 | 0.47974 | 47 |

جدول رقم (7)

قيمة الجذر الكامن ونسبة التباين لعاملي مقياس القلق

| البيان | الجذر الكامن | نسبة التباين | نسبة التباين التراكمية |
|---|---|---|---|
| العامل الأول | 10.90408 | 23.2 | 32.2 |
| العامل الثاني | 2.79784 | 6.0- | 39.2 |

**جـ- الصدق التمييزي :**

تم تشخيص (16) حالة مرضية تشخيصًا إكلينيكيًا من قبل الأطبـــاء النفسيين بالمستشفي على أنها حالات تعاني من القلق المرضـــى، وطبـــق المقياس، **وبينت النتائج ما يلي :-**

1- تسع حالات كان القلق لديها ذو دلالة إكلينيكية مرتفعة .

2- حالتين كانتا في المستوى الحدي ( Border line)

3- خمس حالات لم تظهر عليها أعراض قلق مرضية .

**أي أن معامل الاتفاق بين التشخيص الإكلينيكي بلغ (0.69) وهـــو معامل مقبول، فالمقياس يقيس ثلاث مستويات من القلق وهى :-**

1- القلق المنخفض غير المرضي .

2- القلق المتوسط الذي لا يصل إلى درجة المرض .

القلق المرتفع (المرضى) وهو الذي تركز عليه هذه الدراسة .

**صـــدق المقياس في الدراسة الحالية:**

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس باستخراج الـصدق مـــن الثبات وذلك لوجود ارتباط قوي بـــين صـــدق الأداة وثباتهـــا, وأن الأداة الصادقة تكون دائماً ثابتة, ويحســـب الصدق من الثبات وفقاً للمعادلة:

| صـــدق الأداة = الجـــذر التربيعي للثبـــات |
|---|

وبما أن ثبـــات الاستطلاع = 0.78.

فإن صـــــدق الاستطلاع = $\sqrt{0.78}$ = 0.88

وبذلك يعتبر المقياس صالحاً لقياس ما وضع من أجله.

**ثبات المقياس :**

لقد تم حساب ثبات المقياس بأكثر من طريقة ومنها :-

1- معامل (الفاكرونباخ) وبلغت قيمته (0.91.8) وهو معامل مرتفع .

2- **معامل الاتساق الداخلي :-**

وكانت قيمة معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس وبين مجموع العبارات داخل البعد الواحد دالة إحـصائياً عنـد مـستوى (0.05) وهذا يؤكد ثبات المقياس كما يدل أيـضاً علـى صـدقه وعلـى صلاحيته للاستخدام في البيئة السعودية .

وقد تم إلغاء الفقرات أرقام 7، 8، 24، 47، من المقياس على الرغم من دلالتها الإحصائية وذلك لصغر قيمة معاملات الارتباط الخاصة بهـــا مما يدل على عدم قوتها أو مساهمتها في تفسير العوامل.

## جدول رقم (8)

## معاملات الارتباط بين كل فقرة ومجموع الفقرات في مقياس القلق

## (معامل الاتساق الداخلي)

| رقم الفقرة | قيمة ر | رقم الفقرة | قيمة ر | رقم الفقرة | قيمة ر |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0.470 | 18 | 0.490 | 35 | 0.496 |
| 2 | 0.565 | 19 | 0.557 | 36 | 0.399 |
| 3 | 0.589 | 20 | 0.453 | 37 | 0.407 |
| 4 | 0.551 | 21 | 0.429 | 38 | 0.349 |
| 5 | 0.546 | 22 | 0.511 | 39 | 0.396 |
| 6 | 0.521 | 23 | 0.569 | 40 | 0.351 |
| 7 | 0.233 | 24 | 0.151 | 41 | 0.423 |
| 8 | 0.222 | 25 | 0.495 | 42 | 0.568 |
| 9 | 0.415 | 26 | 0.517 | 43 | 0.356 |
| 10 | 0.469 | 27 | 0.470 | 44 | 0.455 |
| 11 | 0.425 | 28 | 0.496 | 45 | 0.359 |
| 12 | 0.408 | 29 | 0.595 | 46 | 0.419 |
| 13 | 0.482 | 30 | 0.610 | 47 | 0.155 |
| 14 | 0.535 | 31 | 0.542 | 48 | 0.367 |

| رقم الفقرة | قيمة ر | رقم الفقرة | قيمة ر | رقم الفقرة | قيمة ر |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 0.540 | 32 | 0.499 | 49 | 0.446 |
| 16 | 0.370 | 33 | 0.406 | 50 | 0.602 |
| 17 | 0.398 | 34 | 0.321 | 51 | 0.526 |

**ثبات المقياس في الدراسة الحالية:**

قام الباحث بحساب ثبات المقياس على عينة قوامها (30) مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات النفسية حيث تم حساب الثبات بطريقة الفاكرونباخ وكانت (0.78) وهذا يدل على تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

**مقياس القلق الاجتماعي :**

ترجمة وتعريب (د/ محمد السيد عبد الرحمن، د/هانم عبد المقصود، 1994م).

قام ليري ( Leary 1983 ) بإعداد هذا المقياس بعد أن راجع العديد من المقاييس التي أُعدت لقياس القلق الاجتماعي فبعضها يخلط بين القلق الاجتماعي والخجل والبعض الآخر يقيس القلق الاجتماعي خلال بعد واحد وهو تجنب التفاعل الاجتماعي، أو الخوف من التقييم السلبي في مواقف المواجهة .

**خطوات إعداد المقياس والتحقق من ثباته :**

جمع ليري(87) بنداً يجاب عنها بطريقة التقرير الذاتي من ثلاثة مقاييس سابقة وخاصة تلك التي تتعامل مع القلق، موزعًا هذه البنود واحدة

تقيس قلق التفاعل وأخرى تقيس قلق المواجهة، **ثم قام باختبار ستة وخمسين بنداً منها في ضوء المحكمين الآتيين :**

أ- أن يعكس البند تقريرًا ذاتيًا بالقلق (كالعصبية والتوتر وعدم الارتياح والخجل والانزعاج ... وغيرها) أو عكس ذلك (كالاسترخاء وعدم التوتر والارتياح).

ب- أن يتعامل البند مع خبرة القلق في المواقف ذات الطابع الاجتماعي .

ثم قام بتطبيق المقياس في صورته الأولية على عينة من طلاب الجامعة الدارسين لمقرر علم النفس العام وعددهم (112) طالبًا وطالبة . وكانت الإجابة على البنود معدة بطريقة ليكرت خماسية الأبعاد، تتراوح بين (تنطبق تمامًا إلى لا تنطبق إطلاقًا) وتم حساب معامل الارتباط بين درجة البند ودرجة البعد الذي ينتمي إليه، وحذفت البنود التي كان معامل ارتباطها أقل من (0.40) واختصر عدد البنود بذلك إلى 37 بنداً فقط، ثم استبعدت البنود التي لا ترتبط ببقية البنود في نفس البعد بدلاله إحصائية فاستقر العدد النهائي لبنود المقياس على (27) بنداً (15) بنداً في بعد قلق التفاعل، 12بنداً في بعد قلق المواجهة). وطبق المقياس في صورته النهائية على (123) طالباً جامعياً، وبحساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل الفاكرونباخ فكانت (0.88) لكلا البعدين، ثم طبق المقياس على عينة ثالثة قوامها (363) طالبًا جامعيًا، ووجد أن البنود ترتبط مع الدرجة الكلية للبعد الذى تنتمي له بمعامل ارتباط لا يقل عن 50و . كما يتمتع كلا البعدين بدرجة مناسبة من الاتساق الداخلي والذي تم حسابه على هذه العينة بواسطة معامل (الفاكرونباخ) وكانت قيمته (0.89، 0.91) على التوالي لكلا البعدين، ويرتبط البعدان ببعضهما البعض بمعامل استنباط قدرة (0.44) كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على عينة

قوامها (74) طالباً وطالبة بعد ثمانية أسابيع بـين التطبيـق الأول فكـان معامل ثبات كلا البعدين على التوالي(0.80، 0.84).

**ترجمة وتعريب الصورة الأجنبية من المقياس :-**

قام كل من محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود بترجمة الصورة الأجنبية من المقياس، وبعد صياغة بعض البنـود بـشكل جيـد، ونظرًا لطبيعة العينة التي سيطبق عليها المقياس فقد استبعدت العبارة رقم 12 من بعد قلق التفاعل، والتي تنص على : أشعر غالباً بـأنني عـصبي عندما أتحدث مع أشخاص جذابين من الجنس الآخر، وبذلك أصبح عـدد بنود البعد الأول (14) بنداً .

**صدق وثبات المقياس :**

**أولاً : الصدق :**

يتمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري .

فالتعليمات واضحة والبنود قصيرة نسبيًا وواضحة والمدى المستخدم للإجابة مناسب .

وبحساب الصدق العاملي للمقياس، أسفر التحليل عن وجود عامـل واحد يستوعب (0.74.7) من التباين ويتشبع عليه كلا البعدين بقيم قدرها (0.86، 0.85) على التوالي.

أما مؤشرات صدق المحك فقد أوضحت وجود علاقـة ارتباطيـة سالبة وذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية وكـل من قلق التفاعل والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي، في حين كانت العلاقـة غير دالة إحصائياً مع قلق المواجهة وكانت قيم معامل الارتباط ( -34.،

-29,. – 24,. ) على التوالي وهذه المؤشرات تؤكد تمتع المقياس بمستوى مناسب من الصدق عمومًا.

**صـدق المقياس في الدراسة الحالية:**

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس باستخراج الصدق من الثبات وذلك لوجود ارتباط قوي بين صدق الأداة وثباتها, وأن الأداة الصادقة تكون دائماً ثابتة, ويحسب الصدق من الثبات وفقاً للمعادلة:

| صـدق الأداة = الجـذر التربيعي للثبـات |
|---|

وبما أن ثبات الاستطلاع = 0.74.

فإن صـدق الاستطلاع = $\sqrt{0.74}$ = 0.86

وبذلك يعتبر المقياس صالحاً لقياس ما وضع من أجله.

## ثانياً : ثبات المقياس

تم حساب معاملات ثبات المقياس على جزء من العينة الحالية قوامها 42 طالبة بطريقة الاتساق الداخلي للأبعاد على النحو التالي :-

### 1- ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبعد :

بحساب معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه فقد تراوحت معاملات الارتباط بين( 0.36، 0.63) للبعد الأول وبين (0.34، 0.67) للبعد الثاني .

### 2- ارتباط بُعدى المقياس بالدرجة الكلية له :

كانت معاملات ارتباط بُعدى المقياس بالدرجة الكلية لــه مرتفعــة ومقدارها (0.58، 0.87) على التوالي مما يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس.

### 3- معاملات الفاكرونباخ والتجزئة النصفية :

بحساب معاملات الاتساق الداخلي للمقياس بطريقة الفاكرونباخ كانت (0.68، 0.74، 0.73) للبعد الأول والثاني والدرجة الكلية على التوالي .

أما معاملات الثبــات المحــسوبة بطريقــة التجزئــة النــصفية فكانت(0.71، 0.73، 0.73) بطريقة سبيرمان . وهذا يدل علـــى تمتــع المقياس بمستوى مناسب من الثبات .

**ثبات المقياس في الدراسة الحالية:** قام الباحــث بحــساب ثبــات المقياس على عينة قوامها (30 ) مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات النفسية وتم حساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ كانت (0.74) والباحث قام بحساب الدرجة الكلية لأنه في دراسته استخدام الدرجة الكلية فقط.

### البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

يعد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساســية التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة، وهو برنامج علاجي يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات المنتقاه بما يتناسب مع الجلسات النفسية ومع طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المريض.

### محتويات البرنامج:

يحتوي البرنامج العلاجي على ثلاثة عشر (13) جلسة علاجية قائمة على تنمية العلاج المعرفي السلوكي عند بيكBeck ، ويوضح الجدول رقم

(9) مخطط البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ويتضمن أهداف الجلسة والفنيات المستخدمة وزمن الجلسة ونوع الجلسة، عدد الجلسات وهو كالتالي:

**جدول رقم (9)**

**برنامج العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق**

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الأولى | التعارف مع المرضى وعرض محتوى البرنامج، وتطبيق المقياس. | الحوار والمناقشة. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الثانية | شرح المفاهيم الأساسية للقلق وأنواعه وأسبابه وتعريف المريض بأثار القلق، وإكمال استمارة دراسة الحالة "تحديد المشكلة". | المحاضرة، المناقشة، مراقبة الذات، الواجب المنزلي. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الثالثة | شرح فنية الاسترخاء وتدريب المريض عليها، ومراجعة الواجب المنزلي. | المحاضرة والمناقشة، والاسترخاء، مراقبة الذات، والواجب المنزلي. | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | التقنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الرابعة | مراجعة الواجب المنزلي، ممارسة التدريب على الاسترخاء وشرح فنية التخيل. | المحاضرة المبسطة، الواجب المنزلي، التدريب على الاسترخاء، فنية التخيل. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الخامسة | تدريب المريض على الاسترخاء، مراجعة الواجب المنزلي. | الواجب المنزلي، صرف الانتباه، التدريب على الاسترخاء، الحوار الذاتي. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة السادسة | مناقشة الواجب المنزلي، التدريب على ممارسة الاسترخاء. | المناقشة، صرف الانتباه، التخيل، التدريب على الاسترخاء، الواجب المنزلي | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة السابعة | تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل. | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الثامنة | تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة التاسعة | تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة العاشرة | تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها. | الواجب المنزلي، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الحادية عشر | تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها. | الواجب المنزلي، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء. | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الثانية عشر | تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها. | الواجب المنزلي، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الثالثة عشر | مراجعة وتلخيص ما دار بالجلسات السابقة، تطبيق مقياس القلق. | الحوار والمناقشة. | 50 دقيقة | فردية |

**جدول رقم (10)**

**برنامج العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الرهاب الاجتماعي**

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الأولى | التعريف مع المرضى وإقامة علاقة بين الباحث والمريض، تقديم شرح مبسط عن البرنامج العلاجي، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي. | الحوار والمناقشة | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الثانية | شرح المفاهيم الأساسية للرهاب الاجتماعي وأنواعه وأسبابه وأعراضه، تعريف المريض بالآثار النفسية المصاحبة، تحديد مشكلة الدراسة. | المحاضرة المبسطة، المناقشة والحوار، مراقبة الذات. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الثالثة | شرح مبسط لفنية الاسترخاء والدور الذي تؤديه هذه التمارين في خفض القلق والتوتر، تدريب المريض على الاسترخاء، مراجعة الواجب المنزلي. | المحاضرة والمناقشة، الاسترخاء، الواجب المنزلي. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الرابعة | مراجعة الواجب المنزلي، ممارسة التدريب على الاسترخاء، شرح | المحاضرة المبسطة، الحوار والمناقشة، الواجب المنزلي، ممارسة | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| | فنية التخيل. | تمارين الاسترخاء، فنية التخيل. | | |
| الجلسة الخامسة | تدريب المريض على الاسترخاء، مراجعة الواجب المنزلي، شرح فنية الحوار الذاتي وفنية صرف الانتباه. | المحاضرة المبسطة، الحوار الذاتي، صرف الانتباه، تمارين الاسترخاء. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة السادسة | مناقشة الواجب المنزلي، التدريب على الاسترخاء، شرح فنية التعريض. | لواجب المنزلي، لتخيل، صرف الانتباه، الاسترخاء، المناقشة ولحوار، لتعريض. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة السابعة | تدريب المريض على مواجهة القلق والخوف والتوتر واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة تمارين الاسترخاء، اختبار الدليل، التعريض. | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| الجلسة الثامنة | تدريب المريض على مواجهة القلق والخوف والتوتر واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة تمارين الاسترخاء، اختبار الدليل، التعريض. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة التاسعة | تدريب المريض على مواجهة القلق والخوف والتوتر واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. | الواجبات المنزلية، ممارسة تمارين الاسترخاء، اختبار الدليل، التعريض. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة العاشرة | مناقشة الواجب المنزلي، ممارسة تمارين الاسترخاء، تعريض المريض لمواقف اجتماعية بصورة تدريجية. | الواجب المنزلي، سجل المراقبة الذاتية "الواجب المنزلي"، الاسترخاء، التعريض. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الحادية | مناقشة الواجب المنزلي، ممارسة | الواجب المنزلي، سجل المراقبة | 50 دقيقة | فردية |

| رقم الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | نوع الجلسة |
|---|---|---|---|---|
| عشر | تمارين الاسترخاء، تعريض المريض لمواقف اجتماعية بصورة تدريجية. | الذاتية "الواجب المنزلي"، الاسترخاء، التعريض. | | |
| الجلسة الثانية عشر | مناقشة الواجب المنزلي، ممارسة تمارين الاسترخاء، تعريض المريض لمواقف اجتماعية بصورة تدريجية. | الواجب المنزلي، سجل المراقبة الذاتية "الواجب المنزلي"، الاسترخاء، التعريض. | 50 دقيقة | فردية |
| الجلسة الثالثة عشر | مراجعة وتلخيص ما دار بالجلسات السابقة، تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي. | المناقشة والحوار. | 50 دقيقة | فردية |

## الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث اختبار (ت) Test للمقارنة بين أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي، كما استخدام الباحث معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقاسين.

# الفصل الخامس

# نتائج الدراسة ومناقشتها

- مقدمة.
- نتائج الدراسة.
- مناقشتها.

# الفصل الخامس

# نتائج الدراسة ومناقشتها

**مقدمـــــة:**

هـدف الدراسـة الحاليـة التحقـق مـن مـدى فاعليـة العـلاج المعرفي السلوكي في خفض اضـطراب القلـق واضـطراب الرهـاب الاجتماعي، من خلال برنامج العلاج المعرفـي السـلوكي مـن إعـداد (الباحث) لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف بالمملكة العربية السعودية، وإلـى إي مـدى يكـون هذا البرنامج ذو فاعلية في صورة تتبعية لعينـة الدراسـة بعـد تطبيـق البرنامج لمدة شهر.

وفي ضوء ذلك حدد الباحث ستة فـروض يـسعى إلـى التحقـق منها، لذا قام الباحـث بتطبيـق أدوات الدراسـة والبرنـامج العلاجـي علـى عينـة الدراسـة الحاليـة، ثـم أخـضعت البيانـات للتحلـيلات الإحصائية، وفيما يلي نتائج الدراسة في ضوء فروضـها، ويتبـع ذلـك مناقشة النتائج:

**نتيجة الفرض الأول:**

ينص هذا الفرض على أنه "توجـد فـروق دالـة إحـصائياً بـين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لـدى مجموعـة العـلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي"(*).

---

(* ) يشير ارتفاع الدرجة على المقياسين المستخدمين على زيـادة نـسبة اضـطراب القلـق واضطراب الرهاب الاجتماعي, وانخفاض الدرجة على المقياسين يدل على انخفـاض نسبة اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على مقياس القلق، ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) T. test

ويوضح الجدول رقم(11) نتائج ذلك:

**جدول رقم (11)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد العينة على مقياس مستشفي الطائف للقلق قبل العلاج وبعده.**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| القياس القبلي | 71 | 2.10 | 9 | 0.01 |
| القياس البعدي | 62 | 2.58 | | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي، والقياس البعدي على مقياس مستشفي الطائف للقلق، وقد جاءت الفروق باتجاه القياس القبلي بمتوسط قدره (71) درجة مقابل (62) درجة، وأن قيمة "ت" (9) وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وهذا يحقق صحة الفرض الأول للدراسة.

## نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على مقياس مستشفي الطائف للقلق، ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ت T. test، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

**جدول رقم (12)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد العينة على مقياس مستشفي الطائف للقلق للقياس البعدي والتتبعي للعلاج**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| القياس البعدي | 62 | 2.58 | 1.5 | 0.168 |
| القياس التتبعي | 63 | 2.58 | | |

يتضح من الجدول السابق أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في كل من القياسين البعدي والتتبعي حيث بلغت قيمة ت (1.5) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً. وهذا يحقق صحة الفرض الثاني.

## نتيجة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسط درجات القلق لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) وانحرافها المعياري ومتوسط درجات القلق وانحرافها المعياري لدي مجموعة العلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) واختبار دلالتها (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين لمقياس مستشفي الطائف للقلق ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

**جدول رقم (13)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مستشفى الطائف للقلق بعد العلاج لكلا المجموعتين**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| المجموعة التجريبية الأولى | 116 | 6.08 | 1.38 | 0.183 |
| المجموعة الضابطة الأولى | 112 | 6.18 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة الأولى بعد العلاج حيث بلغت قيمة "ت" (1.38) وهذه الدرجة غير دالة إحصائياً وهذا يحقق صحة الفرض الثالث.

**نتيجة الفرض الرابع:**

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي للقياس القبلي والبعدي لدي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) في اتجاه القياس القبلي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة, على مقياس الرهاب الاجتماعي ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) T.test.

ويوضح الجدول رقم (14) نتائج ذلك:

**جدول رقم (14)**

**المتوسطات الحسابية والانحراف المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (الثانية) على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل العلاج وبعده.**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| القياس القبلي | 85.4 | 4.03 | 16 | 0.01 |
| القياس البعدي | 65.2 | 3.04 | | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي، وقد جاءت الفروق لصالح القياس القبلي بمتوسط قدره (85.4) درجة مقابل (65.2) درجة وأن قيمة"ت" (16) وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وهذا يحقق صحة الفرض الرابع للدراسة.

**نتيجة الفرض الخامس:**

ينص الفرض الخامس على انه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الرهاب الاجتماعي للقياس البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي(المجموعة التجريبية الثانية).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة على مقياس الرهاب الاجتماعي ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس البعدي والتتبعي باستخدام اختبار "ت" T. test ويوضح الجدول رقم(15) نتائج ذلك.

**جدول رقم (15)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة على مقياس الرهاب الاجتماعي للقياس البعدي والتتبعي**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| القياس البعدي | 65.2 | 3.04 | 1.49 | 0.169 |
| القياس التتبعي | 66.9 | 5.36 | | |

يتضح من الجدول السابق انه "لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في كل من القياسين البعدي والتتبعي"، حيث بلغت قيمة ت (0.149) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً وهذا يحقق صحة الفرض.

## نتيجة الفرض السادس:

ينص هذا الفرض على انه "لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعة لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) ومتوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدي مجموعة العلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي واختبار دلالتها (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين لمقياس الرهاب الاجتماعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي

"المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعة العلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) واختبار دلالتها.

ويوضح الجدول رقم(16) نتائج ذلك:

**جدول رقم (16)**

**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الرهاب الاجتماعي للقياس بعد العلاج لكلا المجموعتين**

| القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| القياس للمجموعة التجريبية الثانية | 65 | 3.04 | 0.729 | 0.475 |
| القياس للمجموعة الضابطة الثانية | 64 | 3.08 | | |

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية وبين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة الثانية بعد العلاج، حيث بلغت قيمة "ت" (0.729) وهذه الدرجة غير دالة إحصائياً وهذا يحقق صحة الفرض.

## تفسير النتائج:

تناولت هذه الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق ( اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي) لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

يتضح من نتائج الدراسة الحالية مدى فاعليـة العـلاج المعرفـي السلوكي في خفض اضطراب القلق واضـطراب الرهـاب الاجتمـاعي ويرى الباحث الحالي أن التحسن الذي طرأ علـى أفـراد المجمـوعتين التجريبيتين يرجع إلى فاعلية وجـدوى البرنـامج العلاجـي المـستخدم في هذه الدراسة، حيث استهدف البرنـامج العلاجـي الجانـب المعرفـي والانفعالي والسلوكي للمريض، كما احتوى البرنـامج العلاجـي فنيـات مختلفة وذلك من أجل تعديل أفكار ومعتقدات المريض الخاطئة.

ويتضح من خلال نتيجـة الفـرض الأول وجـود فـروق دالـة إحصائيا بين متوسـطي درجـات أفـراد المجموعـة التجريبيـة فـي القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس القبلـي(*)، وهـذا يعنـي أنـه قد حدث تحسن للمرضى بعـد تطبيـق البرنـامج العلاجـي . ويرجـع الباحث هذا التحسن إلـى انتظـام أفـراد المجموعـة التجريبيـة فـي جلسات البرنامج العلاجـي ، حيـث كانـت الفنيـات المـستخدمة ذات معنى في حياة المـريض، ممـا جعلـه أكثـر وعيـا وحرصـا علـى الاستفادة من البرنامج العلاجي. ونتيجة هـذه الدراسـة تتفـق مـع مـا جاء بالدراسات السابقة ومن تلـك الدراسـات دراسـة أنتـز (2003) Arntz والتي أوضحت فاعلية العـلاج المعرفـي الـسلوكي والتـدريب على الاسترخاء في عـلاج مرضـي اضـطراب القلـق، فقـد أجـرى الباحث دراسته على عينتـين العينـة الأول تلقـت العـلاج المعرفـي السلوكي والعينة الثاني تلقـت التـدريب علـى الاسـترخاء، وأظهـرت

---

(*) يشير ارتفاع الدرجة على المقياسين المستخدمين على زيادة نسبة اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي, وانخفاض الدرجة على المقياسين يـدل علـى انخفاض نسبة اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي.

نتائج الدراسة فاعلية البرنامجين بعد الانتهاء من تطبيق، كما أن نتيجة تدريب الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة،ومن الجدير بالذكر أن الباحث الحالي قد استخدم العلاج المعرفي السلوكي وفنية التدريب على الاسترخاء لخفض اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي، وهذا ما يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة.

كما تتفق أيضاً نتائج هذه الدراسة مع دراسة روبرت وآخرين (Robert, et.al(2000 من حيث فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق لدي المرضى.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أوست وآخرين (2000) Oest, et.al والتي أجرت مقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، فقد أثبت هذه الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وفنية التدريب على الاسترخاء وأنه لا يوجد بينهما اختلافاً في درجة التحسن.

كما تتفق نتائج هذه الدراسة أيضًا مع دراسة بوركوفس وكوسيتللو (1993) Borkovec; Costello وهذه الدراسة أجرت مقارنة بين ثلاثة من الأساليب العلاجية وهي التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج مرضى اضطراب القلق، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء هما الأفضل في تأثيرهما وفاعليتهما في خفض حدة اضطراب القلق .

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة بتلر وآخرين Butler, et.al (1991) التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة في مدى التحسن بين المجموعتين لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي. وهذا يدل على أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فاعلية من العلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق.

وهناك دراسات أخرى اتفقت نتائجها مع نتيجة هذه الدراسة، ولكن الباحث الحالي اكتفي ببعض الدراسات التي أشار إليها. ومما سبق يتضح أن غالبية الدراسات السابقة قد اتفقت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب القلق، بينما رأي بعض الباحثين أن العلاج المعرفي السلوكي لا يتميز عن غيره من الأساليب العلاجية الأخرى من حيث الفاعلية أما بالنسبة للدراسة الحالية فقد زاوجت بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء بينما بعض الدراسات السابقة فصلت بينهما وجعلت العلاج المعرفي السلوكي برنامجًا مستقلاً لعلاج القلق والتدريب على الاسترخاء برنامجًا أخر لعلاج القلق.

**وعلى ضوء الفرض الأول:** وما وافقه من نتائج دراسات سابقة يؤكد الباحث أهمية التدخل العلاجي بهدف تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة، واستبدالها بأفكار إيجابية، فالعلاج المعرفي السلوكي يشير إلى أهمية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، ويقول أرون بيك في هذا الصدد أن النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه

وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعا بمثابة أمور هامة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو الخاطئ ، فالأفكار السلبية تكون السبب في الانفعال غير الصحيح وبالتالي تؤدي هذه الأفكار السلبية إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، ويرى الباحث الحالي أن العلاج المعرفي السلوكي غني بفنياته المتعددة التي يستطيع المعالج السلوكي المعرفي انتقاء ما يناسب طبيعة السلوك المطلوب تعديله.

**وتشير نتيجة الفرض الثاني** إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق) في القياسين البعدي والتتبعي ، وهذا يعني استمرار التأثير الإيجابي والفعال للبرنامج العلاجي، وأن ثبات التحسن إلى حد ما بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي ( فترة المتابعة) وعدم حدوث انتكاسة يؤكد فاعلية هذا الأسلوب العلاجي، حيث تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسات سابقة مثل دراسة أرنتز (2003) Arntz وهذه الدراسة قامت بإجراء مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والتدريب على الاسترخاء ، وأظهرت نتيجة هذه الدراسة أن كلا الطريقتين أثبتتا فاعليتهما بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة التي تمثلت بستة أشهر، كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة ميكل وآخرين (2003) michel, et.al حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج مرضى اضطراب القلق، وأظهرت نتيجة هذه الدراسة فاعلية هذا الأسلوب العلاجي بعد انتهاء البرنامج، وبعد الانتهاء من فترة المتابعة، كما تتفق نتائج الدراسة

الحاليـــة مـــع دراســـة بوركـــوفس وهـــوبكنز(1991) Borkovec, Hopkins والتي أجرت مقارنة بين علاج مرضـــى اضـــطراب القلـــق ، فقد أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً لـــدى هـــؤلاء المرضـــى بعـــد الانتهاء من البرنامجين ، وأظهرت نتـــائج القيـــاس التتبعـــي أن العـــلاج المعرفي السلوكي يعد الأفضل على المـــدى البعيـــد قياســـاً بالعلاجـــات النفسية الأخرى. كمـــا يوجـــد دراســـة أجراهـــا بوركـــوفس وآخـــرون (1987) Borkovec, et.al لمقارنة بين أسلوبين مـــن العـــلاج وهـــي العلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالتدريب علـــى الاســـترخاء، والعـــلاج المتمركز حول العميل مقترنا بالتـــدريب علـــى الاســـترخاء، وأظهـــرت نتائج الدراسة أن أسلوب العلاج المعرفـــي الـــسلوكي مقترنـــاً بالتـــدريب على الاسترخاء أظهر تحسناً كبيـــراً بالمقارنـــة مـــع أســـلوب العـــلاج المتمركز حول العميل المقترن بالتدريب على الاسترخاء.

ومن خلال هـــذه الدراســـة والدراســـات الـــسابقة يتـــضح مـــدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فـــي خفـــض درجـــة القلـــق للمرضـــى المراجعين للعيادات النفسية، فالعلاج المعرفـــي الـــسلوكي يركـــز علـــى إعـــادة البنـــاء المعرفـــي والأطـــر التخطيطيـــة لإكـــساب المـــريض البصيرة، وكيفية التفكير وتغيير الأفكـــار الـــسلبية، فـــالنموذج المعرفـــي لا يتعامل مع الأعراض فقـــط، وإنمـــا يتعامـــل مـــع الأفكـــار الأكثـــر عمومية، ومع نظرة المريض للحيـــاة، وبـــذلك يعـــد المـــريض لتجنـــب الوقوع في الاضطراب الانفعالي مرة أخرى بـــسبب أفكـــاره الخاطئـــة، وبالتالي يكون قادراً علـــى التعامـــل مـــع الـــصعوبات التـــي تواجهـــه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، فكما يـــرى علمـــاء المدرســـة المعرفية بأن العـــلاج المعرفـــي الـــسلوكي يحـــدث تغييـــرات معرفيـــة

وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل.

**وفيما يتعلق بنتيجة الفرض الثالث:** يتضح أن هذا الفرض تحقق، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين (المجموعة التجريبية), و(المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي الدراسة، وبذلك اتضح من خلال نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي كِلاهما ذو فاعلية في خفض درجة اضطراب القلق لدى مرضى عينة الدراسة. حيث يؤكد علماء العلاج المعرفي السلوكي أن الإنسان لديه القدرة على فهم ما يحدث له من اضطرابات وعلى ما يعانيه من مشكلات ، وأن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتيجة تفسيره الخاطئ للأمور بطريقة خاطئة ، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسات سابقة مثل دراسة بزواز وآخرين (1995) Biswas, et.al وهذه الدراسة أجريت على ثلاث مجموعات من المرضى ، المجموعة الأولى مجموعة مرضى العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعة الثانية مجموعة مرضى العلاج بالتغذية الحيوية، والمجموعة الثالثة مجموعة العلاج الدوائي، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن العلاجات النفسية الثلاثة متساوية تقريباً ولم يكن هناك فروق ذات دلالة في خفض اضطرابات القلق، ومن ناحية أخرى أوضحت نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فاعلية وكفاءة في خفض التشوهات المعرفية.

**وفيما يتعلق بـالفرض الرابـع:** فقـد أظهـرت النتـائج وجـود فروق دالـة إحـصائياً بـين متوسـطي درجـات أفـراد المجموعـة التجريبية الثانيـة (مجموعـة اضـطراب الرهـاب الاجتمـاعي) فـي القياسين القبلي والبعدي في اتجاه التطبيـق القبلـي، وهـذا يـدل علـى فاعلية العلاج المعرفي الـسلوكي فـي درجـة الرهـاب الاجتمـاعي، فالنتائج تـشير إلـى أهميـة البرنـامج العلاجـي، فـالعلاج المعرفـي السلوكي يفترض أن العمليات المعرفية تؤثر فـي الـسلوك ممـا يجعـل الفرد المصاب بالرهاب الاجتمـاعي يتخـذ قـرارات خاطئـة ، حيـث يفضل العزلة والتجنب والابتعاد عـن النـاس لتجنـب المواقـف التـي تثير له القلق، ونتيجة هذه الدراسـة تتفـق مـع مـا جـاء بالدراسـات الـسابقة ومـن تلـك الدراسـات دراسـة اسـتانجير وآخـرين Stangier, et.al (2003) والتـي هـدفت إلـى مقارنـة العـلاج المعرفي السلوكي الفردي والعلاج المعرفـي الـسلوكي الجمـاعي فـي علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتمـاعي، حيـث أظهـرت نتيجـة هذه الدراسة فاعلية كلا العلاجين، كما أظهرت نتيجـة الدراسـة تفـوق العلاج المعرفي السلوكي الفردي في فتـرة مـا بعـد العـلاج وخـلال فترة المتابعة، كما تتفق نتيجة هدف هـذه الدراسـة مـع دراسـة وودي وآخـرين Woody, et al (2002) وكـان هـدف هـذه الدراسـة التعرف على مدي فاعليـة العـلاج المعرفـي الـسلوكي فـي عـلاج مرضى اضطراب الرهـاب الاجتمـاعي حيـث أظهـرت نتـائج هـذه الدراسـة تحـسناً دالاً فـي عـلاج مرضـى اضـطراب الرهـاب الاجتماعي، كما تتفق نتيجة هـذه الدراسـة أيـضاً مـع دراسـة ويلـز Wells,A (2001) والتي هدفت إلـى التعـرف علـى مـدى فاعليـة

العلاج المعرفي السلوكي المختصر في علاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر علاجاً ناجحاً فضلاً عن قلة تكاليفه وقصر فترة البرنامج العلاجي وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة مكمانوس وآخرين (2000) Mcmanus, F. et.al وهدف هذه الدراسة إلى مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج الوهمي، وأظهرت نتيجة هذه الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في خفض درجة الرهاب الاجتماعي، ويوجد العديد من الدراسات التي أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي تم الإشارة إليها في فصل الدراسات السابقة.

وعلى ضوء هذا الفرض يتضح أهمية التدخل العلاجي لمرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي بهدف تصحيح وتعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل، فالسبب الرئيسي للرهاب الاجتماعي من وجهة نظر علماء المعرفية يمكن في طريقة تفكير الفرد عن نفسه وعن غيره، فهو ينظر إلى نفسه نظرة سلبية ويقلل من إنجازاته ونقاط القوة فيها ويضخم نقاط ضعفه وقصوره، ومن ناحية ثانية يعطي من آراء الآخرين أهمية كبيرة ويقلل من أهمية آراءه .

**أما فيما يتعلق بالفرض الخامس:** فقد أظهرت نتيجته عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية لاضطراب الرهاب الاجتماعي في القياسين البعدي

والتتبعي . وهذه النتيجة تؤكد على أهمية العلاج المعرفي والسلوكي في استمرار خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي وثبات حالة التحسن إلى حد ما بعد فترة المتابعة وعدم حدوث انتكاسة . وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسات سابقة حول ثابنت التحسن وعدم حدوث انتكاسة خلال فترة المتابعة ومن هذه الدراسات دراسة استانجير وآخرين (2003) Stangier, et al والتي هدفت إلى مقارنة بين العلاج المعرفي الفردي والعلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً على مقياس الخوف الاجتماعي، كما أظهرت النتائج أيضاً تفوق العلاج المعرفي الفردي في فترة ما بعد العلاج خلال فترة المتابعة، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة ويلز (2000) Walls, A والتي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المختصر في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً بعد الانتهاء من العلاج، وكذلك خلال فترة المتابعة ومن ضمن النتائج التي أظهرتها هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر علاجاً ناجحاً فضلاً عن قلة تكاليفه . وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتيجة دراسة هيمبرج وآخرين (1998) Heimberg, G. et al والتي هدفت إلى مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي كانت معدلات التحسن عالية على القياس البعدي، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتيجة دراسة البانو وآخرين (1995) Albano, et al . وهذه الدراسة

هدفت إلى التعرف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي، وأظهرت نتيجة الدراسة تحسناً دالاً بعد الانتهاء من البرنامج، وكذلك استمر التحسن على مدى فترة المتابعة التي كانت مدتها عام .

**أما الفرض السادس:** فقد أظهرت نتيجة بأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) في مرحلة التطبيق البعدي. ونتيجة هذا الفرض تؤكد أن كلاً من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي ذو فاعلية في خفض درجة الرهاب الاجتماعي لدى مرضى عينة الدراسة ونتيجة هذه الدراسة تتفق مع دراسات سابقة مثل دراسة مكمانوس وآخرين Mc Manus, et al (2000) والتي هدفت إلى مقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات، العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج الوهمي . وأظهرت نتيجة الدراسة تحسناً ملحوظاً للمرضى الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي والمرضى الذين تلقوا العلاج الدوائي. كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة أوتو ميكل وآخرين Otto (2000) Michael, et al وهدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وأظهرت نتيجة الدراسة تحسناً ملحوظاً لكلا البرنامجين، العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي ولم يوجد بنهما اختلافاً في درجة التحسن. كما اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة هيمبرج وآخرين Heimberg, et al (1988) والتي هدفت

إلى إجراء مقارنـــة العـــلاج المعرفـــي الـــسلوكي الجمـــاعي والعـــلاج الدوائي لمرضى الرهاب الاجتماعي، وأظهـــرت نتـــائج هـــذه الدراســـة تحسناً دالاً لكـــلا البرنـــامجين العـــلاج المعرفـــي الـــسلوكي الجمـــاعي والعلاج الدوائي .

وفي ضوء ما سبق يمكن القول بأن النتـــائج قـــد جـــاءت متـــسقة مع التراث النفـــسي، وهـــذا مـــا أوضـــحه علمـــاء العـــلاج المعرفـــي السلوكي, حيث أكدوا على قدرة الإنسان على فهم مـــا يحـــدث لـــه مـــن الاضطراب وما يعانيـــه مـــن مـــشكلات، إلا أن الاضـــطراب النفـــسي الذي يعاني منه الفرد ما هو إلا نتيجة سوء تفـــسيره وتأويلـــه للموقـــف الذي يحدث له .

ويـــــذكر أرون بيـــــك Beck, A. (2000: 172 -174) أن الاضطرابات النفسية تتمركز حـــول انحرافـــات معينـــة فـــي التفكيـــر, فالعلاج المعرفي البلوكي يقـــوم بتقـــديم المـــساعدة للمـــريض بالتغلـــب على عجز المريض عن الفهم والتمييـــز, وعلـــى ادراكاتـــه المـــشوهة , وطرائقه في خداع ذاته. فالعلاج المعرفي الـــسلوكي يتـــألف مـــن كـــل الاتجاهات أو المـــداخل التـــي تخفـــف الكـــرب النفـــسي عـــن طريـــق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئـــة, والإشـــارات الذاتيـــة المغلوطـــة, ولا يعني أن التأكيد على التفكير إهمال الاســـتجابات الانفعاليـــة التـــي هـــي المصدر المباشر للضيق أو الكـــرب النفـــسي, وهنـــاك أســـاليب عديـــدة لمساعدة المريض على أن يقيّم نفسه وعالمه تقييمـــاً أكثـــر واقعيـــة, فـــا لاتجاه العقلاني يساعد على كشف المفاهيم الخاطئـــة واختبـــار صـــحتها وإحلال مفاهيم أكثر ملائمـــة, وعنـــدما يعـــرف المـــريض أن القواعـــد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضـــلته وخدعتـــه, كمـــا أن

الاتجاه الخبراتي يعمد إلى تعريض المريض لخبرات تكوّن في نفسه قوة كافية لتغيير مفاهيمها الخاطئة, فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منظمة مثل جماعات المواجهة, أو العلاج النفسي التقليدي, قد يساعد المريض على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية, ومن ثم يعدل المريض استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم, ففي جماعات المواجهة فإن الخبرات البين شخصية قد تخترق التوجهات غير التكيفية التي تعوق المريض عن المشاعر الصادقة, فكثيراً ما يستجيب المريض للدفء والقبول الذي يمنحه إياه المعالج بأن يعدل مفهومه الخاطئ. وأحياناً يمكن تحقيق فاعلية العلاج النفسي عن طريق حث المريض على أن يدخل في مواقف كان يتجنبها سابقاً بسبب مفاهيمه الخاطئة عنها كما أن هناك يوجد الاتجاه السلوكي الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك هدفها تغيير نظرته إلى نفسه وإلى العالم الواقعي.

# الفصل السادس

# خلاصة الدراسة

- مقدمة.
- خلاصة الدراسة.
- بحوث مقترحة
- توصيات الدراسة.

# الفصل السادس
# خلاصة الدراسة

## مقدمة:

تعتبر الاضطرابات العصابية والذهانية من أشد الاضطرابات خطورة على الإنسان، حيث أنها تكون سبباً للمعانات والآلام للشخص المريض أو الأشخاص المحيطين به ولأسرته على وجه الخصوص، فالقلق والخوف يعتبران من أهم المشاكل التي يعاني منها الفرد، فالاضطرابات النفسية ليست وليدة هذا العصر، وإنما توجد أدلة تؤكد معاناة الناس من تلك الاضطرابات منذ العصور الأولى، ولكن في العصر الحالي تشير الاحصائيات إلى أن نسبة كبيرة من أفراد المجتمع تعاني من الاضطرابات النفسية، وهي في تزايد مستمر في جميع المجتمعات وخاصة المجتمعات المتقدمة، فالإنسان يواجه أنماطا من الحياة والتعامل مع المحيط ما لم تعرف في الماضي، ولم تتوفر لديه الخبرة على مواجهتها والتوصل إلى التوافق مع مقتضياتها بدون اضطراب أو معاناة نفسية. ومما لا شك فيه أن اضطرابات القلق أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة إذ أن مدى انتشارها يفوق انتشار الأمراض العقلية والعضوية، ومن الباحثين من يرى بأن درجة بسيطة من القلق قد تكون صحية وإيجابية، لأنها تدفع الإنسان نحو العمل لدرء الأخطار الممكنة أو المحتملة التي يتعرض لها الإنسان في صراعه مع الحياة، ولكن المشكلة تكمن في ازدياد شدة درجة القلق، وفي استمراره دون سبب واضح أو معقول.

## مشكلة الدراسة :

من الملاحظ في عصرنا الحاضر أن القلق يعتبر من المشكلات النفسية الشائعة التي يعاني منها البشر، كما يعتبر من الاضطرابات النفسية التي تصيبهم في المراحل العمرية المختلفة، سواء كانوا داخل مؤسسات التعليم أم كانوا خارجها في ميدان الحياة الواسع. والظاهر في هذه المشكلات والاضطرابات أنها لا ترجع إلى نوع واحد، وأنها لا تقف عند حدود ضيقة من التعقيد والخطر. والظاهر كذلك أنها تتفاوت في الآثار التي تخلفها في حياة الأفراد الشخصية، وحياة أسرهم ومجتمعهم، ومن الطبيعي في مثل هذه الحالات، أن يواكب تلك الزيادة في المشكلات المحيطة بالإنسان، والاضطرابات النفسية التي تصيبه، اتساع بالاهتمام بها ويظهر ذلك بشكل خاص لدى الباحثين المعنيين بالإنسان وحياته النفسية والاجتماعية.

وتعد اضطرابات القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة في هذا العصر، مما قد يرجع إلى التغيرات الاجتماعية والتقدم التكنولوجي وتفشي الروح الانهزامية لدى الأفراد، وذلك بسبب بعض الضغوط الاقتصادية وضعف القيم الدينية، وبما أن اضطراب القلق غالباً ما يكون عرضاً لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، فقد تبلورت لدى الباحث دوافع لإجراء هذه الدراسة نتيجة إحساسه بالمشكلة من خلال ممارسة العمل بمستشفى الصحة النفسية بالطائف حيث اتضح له أن اضطراب القلق، واضطراب الرهاب الاجتماعي تعد من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً بين كثير من الحالات المترددة على العيادات النفسية، وقد أكد ذلك الأبحاث العلمية والاحصائيات التي أجريت في هذا المجال.

## هدف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى : التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي لدى المترددين علي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

## أهمية الدراسة :

إن اضطرابات القلق لها آثار سلبية كبيرة علي الشخصية، وهي تـؤثر تأثيراً شديداً على فعالية المرء وكفاءته، وتقيد وعيه عن ملاحظات دقائق مـا يجري من حوله من ظروف وأحداث، وإذا طالت اضطرابات القلق فإنها قـد تؤدي إلى تفكك الشخصية وانحلالها، فتضعف البصيرة، وتشوه المعالم التـي يهتدي بها الإنسان نحو تحقيق أهدافه (الأزرق بوعلي1993: 93) فالدراسـة الحالية تتحدد أهميتها في الجانب الذي تتصدى له الدراسة وهو الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الأهداف المرجوة، ويتحدد هذا من خلال جانبين هما الأهمية النظرية والأهمية التطبيقية:

### الأهمية النظرية:

تهتم هذه الدراسة بموضوع له أهمية من الوجه النظرية حيث تلقى الضوء على طبيعة اضطرابات القلق بـصفة عـام واضـطراب القلـق واضطراب الرهـاب الاجتمـاعي بـصفة خاصـة، حيـث أن هـذين الاضطرابيين من إحدى فئات اضطرابات القلق، والتي تعتبر بدورها من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً، كما تبرز أهمية الدراسة بتوجيـه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع، وهم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق المترددين على العيادات النفسية، وهذه الفئة تحتـاج

إلى الرعاية النفسية بجانب الرعاية الطبية مثلما تحتاج إليها الشرائح الأخرى المراجعة للمستشفيات العامة.

## الأهمية التطبيقية:

تنبع أهمية هذه الدراسة تطبيقياً من أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم، وهو برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق واضطرابات الرهاب الاجتماعي للمرضى المراجعين للعيادات النفسية، والذي كشفت فيه الدراسات السابقة على أهمية هذا النوع من العلاج وأنه ذو فعالية في علاج اضطرابات القلق، وبالتالي يؤثر بالإيجاب على اتجاهات المرضى نحو ذواتهم ونحو الآخرين، ويساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي السوي، وكذلك تعد هذه الدراسة من الدراسات العربية النادر في هذا المجال، فلم يجد الباحث دراسات أجريت على المرضى المراجعين للعيادات النفسية، وأن الدراسات كانت على طلبة المدارس والجامعات. كما أن هذه الدراسة قد تفتح المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية بصفة عامة والمجتمع السعودي بصفة خاصة، كما قد تفيد الأخصائيين النفسيين العاملين في المستشفيات النفسية والعيادات النفسية والباحثين بأهمية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

## فروض الدراسة:

1- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي.

2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القلق للقياسين البعدي والتتبعي لدي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي(المجموعة التجريبية الأولى).

3- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (لمجموعة التجريبية الأولى) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الأولى) في مرحلة القياس البعدي.

4- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) في اتجاه القياس القبلي.

5- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي للقياس البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي(المجموعة التجريبية الثانية).

6- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الثانية) في مرحلة القياس البعدي.

## إجراءات الدراسة:

**المنهج المستخدم:** استخدام الباحث المنهج التجريبي حيث يمثل البرنامج العلاجي المتغير المستقل، بينما يمثل القلق والرهاب الاجتماعي المتغيرات التابعة.

## عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة الحالية من 40 فرداً من المترددين على العيادات النفسية بمستشفي الصحة النفسية بالطائف، والذين يعانون من اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي، تتراوح أعمارهم ما بين 18-45 سنة وقد تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين:

**المجموعة الأولى:** وهي المجموعة التجريبة الأولى وتضم 10 أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق.

**المجموعة الضابطة الأولى:** وتضم 10 أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق ويعالجون بالعلاج العقاقيري.

**المجموعة الثانية:** وهي المجموعة التجريبية الثانية وتضم 10 أفراد ممن يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي

**المجموعة الضابطة الثانية:** وتضم 10 فردا ممن يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي ويعالجون بالعلاج العقاقيري.

## الأدوات المستخدمة في الدراسة:

**استخدم الباحث الأدوات التالية في الدراسة:**

- مقياس مستشفي الطائف للقلق (إعداد فهد الدليم وآخرون . 1993).
- مقياس القلق الاجتماعي (ترجمة وتعريب محمد السيد عبد الرحمن، هانم عبد المقصود، 1994م).
- البرنامج العلاجي (من إعداد الباحث).
- دراسة الحالة (من إعداد الباحث) .

## نتائج الدراسة:

1- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجة القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لصالح القياس القبلي.

2- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجة القلق للقياس البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الأولى).

3- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجة القلق لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الأولى) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الأولى) في مرحلة القياس البعدي.

4- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) لصالح القياس القبلي.

5- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي للقياس البعدي والتتبعي لدي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية).

6- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الثانية) في مرحلة القياس البعدي.

**بحوث مقترحة:**

استكمال للجهد الذي بدأته الدراسة الحالية، وفي ضوء ما انتهت إليه الدراسة من نتائج استطاع الباحث أن يقدم بعض الموضوعات التي لا زالت في حاجة لمزيد من البحث والدراسة في هذا الميدان وهي:

1- ضرورة إجراء دراسات أخرى على المرضى المترددين على العيادات النفسية من اضطرابات القلق أو من اضطرابات نفسية أخرى، وذلك بهدف التأكد من المدى التطبيقي للعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الاضطراب النفسي الذين يعانون منه.

2- ضرورة إجراء دراسات لمدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق للمراهقين بصفة عامة واضطراب القلق والرهاب الاجتماعي بصفة خاصة لأن هذه الفترة مهمة جدًا في حياة الإنسان وفي هذه الفترة تتكون شخصية الفرد.

3- ضرورة إجراء دراسات لمدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي عند فئة كبار السن، وخاصة عند إحالة الإنسان للتقاعد، حيث يشعر بالفراغ والإحباط الذي هو فيه.

4- ضرورة إجراء دراسات أخرى على الإناث؛ لأن الباحث كانت عينة دراسته على الذكور فقط، ويأمل الباحث أن تقوم إحدى الأخصائيات النفسيات بإجراء دراسة مماثلة.

5- ضرورة أجراء دراسة لمدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لدى كل من الذكور والإناث الذين يعانون من اضطرابات القلق وخاصة اضطراب الرهاب الاجتماعي والقلق.

6- ضرورة إجراء دراسة مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي الجماعي لمرضى اضطرابات القلق حيث أن العلاج المعرفي الجماعي، آخذ في الانتشار وخاصة لمرض الرهاب والقلق.

**توصيات الدراسة:**

1- ضرورة إعداد برامج عن أساليب الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة، ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك من أجل إعداد وتدريب الاخصائيين العاملين في العيادات النفسية والباحثين عليها، بحيث تتضمن هذه البرامج مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج مع أمثلة ونماذج حيه توضح سير البرنامج.

2- الحاجة الماسة إلى مسح شامل ودقيق لتحديد حجم مشكلة اضطرابات القلق ولاضطرابات النفسية الأخرى في المجتمعات العربية والسعودية بوجه خاص.

3- ضرورة وجود مراكز للعلاج النفسي بصفة عامة والعلاج المعرفي بصفة خاصة في المستشفيات النفسية، أو بإحدى مراكز الرعاية الأولية، حتى يكون المريض مهيأً نفسياً للعلاج النفسي، حيث أن الفكرة السائدة لدى بعض المجتمعات أن الفرد الذي يراجع المستشفيات النفسية انه مريض عقلياً.

4- ينبغي على القائمين والمهتمين في مجال الصحة النفسية الأخذ بالنظام التكاملي (الطبي، النفسي، الاجتماعي... الخ) عند التشخيص وعلاج إي اضطراب من الاضطرابات النفسية لدى الأفراد الذين يعانون منه، وذلك خدمة لصالح الفرد ولصالح المجتمع.

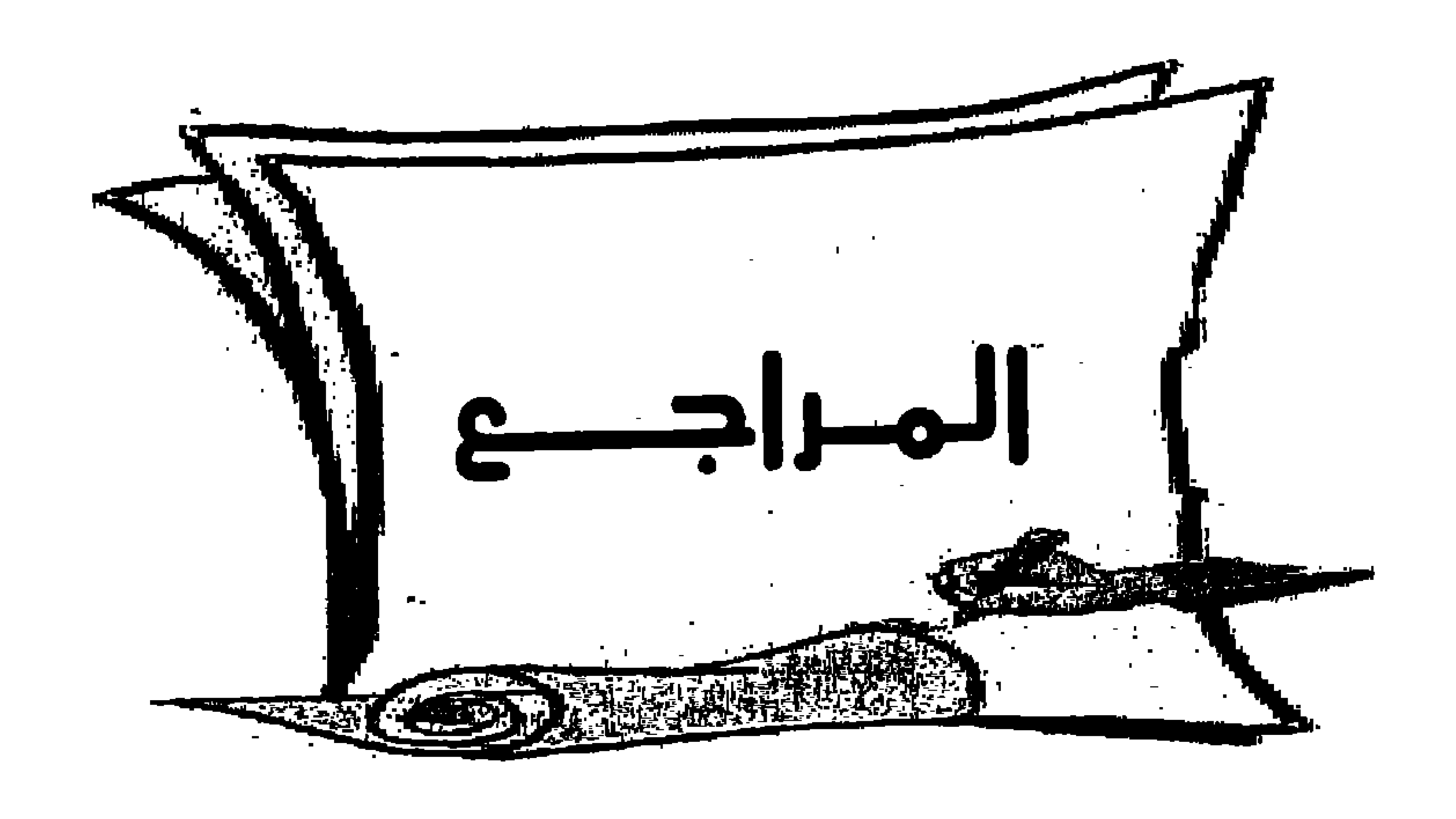
5- ضرورة زيادة عدد الأخصائيين النفسيين بالعيادات النفسية والمستشفيات النفسية وتأهيلهم في مجال العلاج النفسي نظراً لزيادة عدد المراجعين للعيادات النفسية.

6- ضرورة التعاون ما بين الفريق المعالج من الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، والممرض النفسي.

7- ضرورة تقنين أدوات البحث والقياس بحيث تتلاءم مع الخلفية الثقافية والاجتماعية لكل مجتمع.

8- يوصي الباحث بضرورة إعداد برامج تلفزيونية، وعبر وسائل الإعلام الأخرى لإرشاد الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية بمراجعة مراكز العلاج النفسي أو العيادات النفسية والبعد عن المشعوذين.

9- كما يوصي الباحث ذوى المريض والأشخاص المحيطين به الاهتمام بالمريض وتهيئة الجو المناسب، وأبعاده عن الصراع النفسي وعن المثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته.



المراجع

# أولاً : المراجع العربية :


1- أبو الفضل جمال الدين بن منظور (1986) لسان العرب، بيروت، دار بيروت للطباعة والنشر.

2- أحمد رفعت جبر (1978) دراسة تجربيه مقارنه بين أثار ارشاد الآباء واثر إرشاد الأبناء على تخفيف القلق لدى المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة،كلية التربية، جامعة عين شمس.

3- أحمد عكاشة (1998) الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

4- أحمد متولي عمر (1993) مدي فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدي طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

5- أحمد محمد عبد الخالق (2000) الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية.

6- آرون بيك (2000) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمه: عادل مصطفى، القاهرة، دار الأفاق العربية.

7- أمثال هادي الحويلة، أحمد محمد عبد الخالق (2002) مدى فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلي في خفض القلق لدى طلبات الثانوي الكويتيات، دراسات نفسية، دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة، المجلد الثاني عشر، العدد الثاني، القاهرة، ص ص273- 294.

8- الأزرق بوعلو (1993) الإنسان والقلق، القاهرة، سينا للنشر.

9- بشير الرشيدي, طلعت منصور, إبراهيم الخليفي, فهد الناصر, بدربورسلي, ومحمد النابلسي, حمود القشعان (2001) سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، المجلد التاسع، الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، الطبعة الأولى.

10- بشير صالح الرشيدي، راشد علي السهل (2000) مقدمة في الإرشاد النفسي، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

11- جابرعبدالحميد، علاءالدين كفافي (1995) معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية.

12- جليلة سبتي القيسي ( 1993) أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوي الخوف لدي عينة من الطالبات الجامعيات، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

13- جمال الخطيب (1990) تعديل السلوك، القوانين والإجراءات، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية .

14- جيمس ويليس، جون ماركس (2000) الطب النفسي المبسط، ترجمة : طارق علي الحبيب، الرياض، جامعة الملك سعود .

15- حامد عبد السلام زهران (1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، دار المعارف.

16- حسام الدين محمود عزب (1981) العلاج السلوكي الحديث، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

17- حسان المالح (1995) الخوف الاجتماعي، جدة، دار المنار.

18- حسين فايد (2000) الاضطرابات السلوكية، القاهرة، طيبة للنشر والتوزيع.

19- حمدي محمد عجوة (1982) القلق وعلاقته بالتحصيل الحركي والعملي، رسالة دكتوراه غير منشوره، حلوان، جامعة حلوان.

20- دري حسن عزت (1987) الطب النفسي، الكويت، دار القلم، الطبعة الثالثة.

21- ديفيد هـ بارلو (2002) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي مفصل، ترجمة : صفوت فرج وآخرون، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

22- ديفيد. ف . شيهان (1988) مرض القلق، ترجمة عزت شعلان ، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد 124، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

23- رئيفة عوض (2001) ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

24- رشاد علي عبد العزيز موسى (1993) علم النفس المرضي، القاهرة، دار عالم المعرفة.

25- ريتشارد سوين (1988) علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

26- زكريا الشربيني (1994) المشاكل النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي.

27- س. هـ باترسون (1990) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.

28- سامر رضوان (2001) دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينة سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد التاسع عشر, ص ص 47-77.

29- سامي محمد هاشم (1997) فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الاجتماعي، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد التاسع والعشرون, ص ص 41-97.

30- سهام درويش أبو عطية (1988) مبادئ الإرشاد النفسي، الكويت، دار القلم.

31- سيجموند فرويد (1989) الكف والعرض والقلق، ترجمة : محمد عثمان نجاتي، القاهرة، دار الشروق، الطبعة الرابعة.

32- ________ (1990) محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي، ترجمة : أحمد عزت راجح، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

33- شيلدون كاشدان (1988) علم نفس الشواذ، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة، دار الشروق، الطبعة الثالثة.

34- صلاح الدين عراقي (1993) العلاج المعرف السلوكي ومدى فاعليته في علاج مرضى الاكتئاب العصابي، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.

35- طه رامز (2001) العلاج النفسي بالقرآن الكريم، القاهرة، دار أخبار اليوم.

36- عادل عبد الله (2000) العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.

37- عبد الستار إبراهيم (1988) علم النفس الإكلينيكي، مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض، دار المريخ للنشر.

38- عبد الستار إبراهيم (1998) العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادينه التطبيقية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع.

39- عبد الستار إبراهيم (2002) الحكمة الضائعة، الإبداع والاضطراب النفسي والمجتمع، عالم المعرفة، العدد 280، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

40- عبد الستار إبراهيم (2002) القلق قيود من الوهم، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية،.

41- عبد الستار إبراهيم واخرون (1993) العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت، عالم المعرفة، العدد 180، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

42- عبد السلام عبد الغفار(1990) مقدمه في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.

43- عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (1992) قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

44- عبد العزيز ألقوصي (1948) أسس الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة السادسة

45- عبد الفاتح محمد دويدار (1994) في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الاكلنيكي، القاهرة، دار النهضة العربية.

46- عبد الله عمر الجوهي (1999) أثر برامج التدريب على التعامل مع القلق في تخفيض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين، رسالة ماجستير، جامعة الملك فيصل.

47- عبد المطلب القريطي (1998) في الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي.

48- عبد المنعم الحفني (1978) موسوعة الطب النفسي، المجلد الثاني،القاهرة، مكتبة مدبولي.

49- عبد الرؤوف ثابت (1993) مفهوم الطب النفسي، القاهرة، مطابع الأهرام.

50- علاء الدين كفافي (1997) الصحة النفسية، القاهرة، هجر للطباعة والنشر، الطبعة الرابعة.

51- __________ (1999) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، القاهرة، دار الفكر العربي.

52- على كمال (1967) النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، بغداد، بدون ناشر.

53- __________ (1994) العلاج النفسي قديماً وحديثاً، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

54- فاديه شربتجي (1986) تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي، رسالة ماجستير غير منشوره، جامعة الملك سعود، الرياض.

55- فاروق السيد عثمان (2001) القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي.

56- فخري الدباغ (1978) أصول الطب النفساني، بيروت، دار الطليعة.

57- فرانك .ج، برونو(2000) الأعراض النفسية، ترجمة رزق سند إبراهيم، القاهرة، دار الحكيم للطباعة والنشر.

58- فرج عبد القادر طه وآخرون (1990) معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت،دار النهضة العربية، الطبعة الأولى.

59- فهد الدليم وآخرون (1993) مقياس مستشفى الطائف للقلق، الطائف، مطابع المشهوري.

60- فيصل خير الزراد (1984) علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، بيروت، دار العلم للملايين.

61- قتيبة الجلبي، فهد اليحيى (1996) العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الرياض، الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر.

62- كمال إبراهيم مرسي (1979) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقين، القاهرة، دار النهضة العربية.

63- كمال دسوقي (1990) ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، ،القاهرة، وكالة الأهرام للتوزيع.

64- لويس كامل مليكه (1994) العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، الناشر المؤلف.

65- ليندا دافيدوف (1988) مدخل في علم النفس ترجمة : سيد الطـــوب وآخرون، الرياض دار المريخ، الطبعة الثانية .

66- مأمون مبيض (1995) المرشد في الأمراض النفسية واضطرا بـــات السلوك، دمشق، المكتب الإسلامي.

67- مجمع اللغة العربية (1985) المعجم الوسيط، القاهرة، مجمع اللغـــة العربية، الجزء الثاني.

68- محمد إبراهيم سعفان (2003) اضطراب الوساوس والأفعال القهرية الخلفية النظرية – التشخيص – العلاج، القاهرة، مكتبـــة زهـــراء الشرق.

69- محمد إبراهيم عيـــد (2000) دراســـة للمظـــاهر الأساســـية للقلـــق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لـــدى عينـــة مـــن الشباب، مجلة كلية التربية، جامعة عين شـــمس، الجـــزء الرابـــع، العدد24, ص ص 297-301.

70- محمد أحمد غالي، رجاء أبو علام (1974) القلق وأمراض الجـــسم، دمشق، الحلبوني.

71- محمد السيد عبد الرحمن (2000) موسوعة الصحة النفـــسية، علـــم الأمراض النفسية والعقلية – الأسباب- الأعراض التشخيص العلاج، الكتاب الأول،الجزء الأول،القاهرة،دار قباء.

72- ـــــــــــــــ (2000) موسوعة الصحة النفسية، علم الأمراض النفسية والعقلية، الكتاب الأول، الجزء الثاني، القاهرة، دار قباء .

73- ـــــــــــــــ ،هانم عبد المقصود (1994) مقياس القلق الاجتماعي. القاهرة.دار قباء.

74- ـــــــــــــــ (1998) دراسات في الصحة النفسية – المهارات الاجتماعية – الاستقلال النفسي – الهوية، الجزء الثاني، القاهرة،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع

75- ـــــــــــــــ (1998) نظريات الشخصية،القاهرة، دار قباء للطباعة والشر والتوزيع.

76- محمد خالد الطحان (1996) مباديء الصحة النفسية، الأمارات العربية المتحدة، دبي، دار القلم، الطبعة الرابعة

77- محمد عبد التواب معوض (1996) اثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة،رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا .

78- محمد عودة، كمال إبراهيم مرسي (1984 )الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، الكويت،دار القلم.

79- محمد محروس الشناوي (1994) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر،

80- ـــــــــــــــ ،محمد السيد عبد الرحمن (1998) العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته،القاهرة، دار قباء.

81- محمد مياسا (1997) الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاجا، بيروت، دار الجيل.

82- محمد ناصر الدين الألباني، (1988) صحيح سنن أبي داود، الرياض،مكتب التربية العربي لدول الخليج .

83- محمود حمودة (1997)النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة مركز كمبيوتر كلية الصيدلة، جامعة القاهرة.

84- مصطفى خليل الشرقاوي (2000) أسس الإرشاد والعلاج النفسي، إطار مرجعي، القاهرة، دار النهضة العربية، الطبعة الثانية.

85- مصطفى فهمي (1967) علم النفس الإكلينيكي، القاهرة،مكتبه مصر.

86- ________ (1987) الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف،مكتبة الخانجي،القاهرة،الطبعة الثانية.

87- منير البعلبكي واخرون (1986) المنجد في اللغة والأعلام، بيروت، دار الشرق .

88- ناريمان محمد رفاعي (1985) فاعلية التدريب التوكيدي في علاج الفوبيا الاجتماعية من طالبات المرحلة الثانوية والجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.

89- ناصر المحارب (2000) المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء.

90- نعيم الرفاعي(2001) الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، دمشق، الطبعة الرابعة.

## ثانيا : المراجع الأجنبية :


91- Albano- Anne– Marie; Marten, Partricia-A; Holt, Coraig-S Heimberg, R-G (1995) Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia in Adolescents. Apreliminary Study. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 183, (10) 649-656.

92- AL Khani, M; Arafa, M (1990) Social Phobia in Saudi Patients : a Preliminary Assessment of Prevalence ; Demographic Characteristics Annals of Saudi Medicine; vol. 10.

93- Allen,Thomas (1998) Design of a Co Mined Cognitive Behavioral, Biofeedback, and Hypnosis Training Protocol for the Reduction of Generalized Anxiety Disorder, English, Adler School of Professional Psychology (1143) .

94- American Psychiatric Association (2000) D.S.M IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Published by the American Psychiatric Association, Washington DC,PP 450-456.

95- Arntz; A (2003) Cognitive Therapy Versus Applied Relaxation as Treatment of Generalized Anxiety Disorder, Behaviour Research and therapy vol 41 (6) 633-646.

96- Beck, A; Emery,G. (1985) Anxiety Disorders and Phobias: ACognitive Perspective. New York: Basic Books.

97- Biswas, Aarpita; Chattopadhyay, P.K; Rapee, Ronald, M (2001): Predicting Psychotherapeutic

Outcome in Patients With Generalized Anxiety Disorder Journal of Personality and Clinical Studies, Vol.17 (1): 27- 32.

98- Biswas, Alrpita; Biswas, D; Hattopadhyay, P.K (1995) Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorder. Journal of Clinical Psychology Vol 22 (2) 1-10.

99- Borkovec, T. D; Costello, Ellen,(1993) Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive Behavioral Therapy in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder . Journal of Consulting and Clinical Psychology ; Vol. 61 (4) 611- 619.

100- ——————& Hopkins; M, (1991) Efficacy of Non Directive Therapy ; Applied Relaxation and Combined Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder; Paper Presented at the 15th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy New york November .

101- ——————&, Mathews, Andrew, M, Chambers, Alycia, Ebrahini, Seda (1987) The Effects of Relaxation Training with Cognitive or Nondirective Therapy and the Role of Relaxation-unduced Anxiety in the Treatment of Generalized Anxiety", Journal of Consulting and Clinical Psychology.

102- ——————&, Mathews, Andrew, M (1988). Treatment of non Phobic Anxiety Disorders A Comparison of Nondirective, Cognitive and Coping Desensitization Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 56 (6) 877-884.

103- Butler, Gillian; Fennell, Melanie; Robson, Philip; Gelder-Michael (1991): Comparison of Behavior

Therapy and Cognitive Behavior Therapy in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 59 (1) 167-175.

104- Chaleby; K. (1987) Social Phobia in Saudis, Journal of Social Psychiatry, Vol.22 -167-170.

105- Charles, Zastrow, (1985) The practice of social work 2 and ed, Itome wood (tllinois) Drosy presse.

106- Christine, E. Reilly; Leslie Sokol; Andrew, C. Butler (1999) A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety. Human Psychopharmcology.Clinical, John Wiley Sons. Vol (14), 16 -21.

107- Cottraux ,Jean; Note Ivan; Albuisson, Eliane; yao, Saie; Nan Note Brigitte; Mollard, Evelyne; Bonasse, Francoise; Jalenques Isabelle, Guerin, Janine; Coudert, Andre Julien.(2000) Cognitive Behavior Therapy Versus Supportive Therapy in Social Phobia: A Randomized Controlled Trial Psychotherapy and Psychosomatics Vol(69) :137-146.

108- Debra, A. H; Heimberg, Richard.G; Bruch, Monroe, A.(1995) Dismantling Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia Behavior Research and Therapy .vol , (33) : 637-650.

109- Dubovsky , L , S (1996) Anxiety Disorder in Psychiatry, Edity by : James .H . Sully (3RD ED) Mss Publishing Co, Giza Egypt .

110- Emmlkap, Paul; Schooling, Angnes (1996) Treatment of Generalized Social Phobia: Results at

Long term Follow-up, Behaviour Rasearch and Therapy, Vol,(34) :447- 452.

111- Engler, Barbara (1995) personality the ories An Introduction Houghton Mifflin Company, New Jersey.

112- English, H; English,B. (1958) Comprehensive Dictionary of Psychology and sychoanalytical Terms . London Longmans Gra, co.ltd.

113- Feeny, Sharon, L. (2004) the Congnitive Behavioral Treatment of Social Phobia. Clincial case studies. vol. 3 (2) 124 – 146.

114- Freeman, Arthur; Pretzer, James; Fleming, Barbara; Simon, Karen; (1993) Clinical Applications of Cognitive Therapy, Plenum, Press, New york.

115- Glass; Shea (1986) Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety, In W. H. yens, Imcheak; S.R Briggs and Treatment, New York.

116- Heimberg; Richard. G (1987) social phobia in michelson, L Ascher; L.m (Eds) Anxiety and stress disorder Cognitive Behavioral Assessment and Treatment Guilford press

117- ________________ & Dodge, Cynthia. S; Debra, A. H; Kennedy, charles, R; (1990) Cognitive Behavioral group Treatment for Social Phobia in Comparison With a Credible Placebo Control. Cognitive- Therapy and Research. Vol, 14 (1) 1-23.

118- ______________ & Liebowitz, micjael, R; Debra, A. H; Schneier- Franklin,R; Holt, Craig,S; welkowitz, Lawrence, A; Juster, Harlan, R; compeas, Raphael; Bruch, Monroe, A; Cloitre,

Marylene, Fallon Brian; Klein Donald, F.(1998) Cognitive Behavioral Group Therapy Vs. Phenelzine Therapy for Social Phobia :12 Week Outcome. Archives of General Psychiatry , Vol 55(12) : 1133-1141.

119- ___________& Barlow; David, H. (1988) Psycho Social Teatments of Social Phobia; Psychosomatics; Vol 29 (1) 27 – 37.

120- Helen, Kennerly (1997) Overcoming Anxiety As slf helpguide using Cognitive Behavioural Techniques Robinson Publishing. Ltd-London.

121- Klinger, Evlune; Bouchard, S; Legeron, P; Roy, S. (2005) Virtual Reality Therapy Versus Contive Behavior Therapy for Social Phobia apreliminary controlled study. Cyberpsychology and behavior. vol 8 (1) 76 – 88.

122- Levitt, Eugne (1980) The Psychology of Anxiety, Lawrence Erlbaum Associtès publisger Hillsdale, New Jersey.

123- Lincoln, Tania; Marie, Rief, Winfried; Hahlweg, kurt; Frank, Monixa Von; Witzleben, Lnes; Schroeder, Brigittie; Fiegen, Baum, wolfgan (2003) Effectiveness of an Empirically Supported Treatment for Social Phobia in the Field, Behavior Research and Therapy ,Vol 41 (11) 1251-1269.

124- Linden, M; Zubragegel, D; Baer, T; franke, U Schlattmann, P(2005) Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety disorder. Psychotherapy, and Psychosomatics. Vol 74 (1) 36 – 42.

125- Mattia, Jill, I (1996): Prediction of the OutCome of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia State University of New York At Albany, Degree. P.H.D.

126- Mattick, Richard, P; Peters, Lorna.(1988) Treatment of Severe Social Phobia Effects of guided Exposure With and Without Cognitive Restructuring. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 56 (2) 251-260.

127- ______________& peters, Lorna, clarke, J christoper (1989) Exposure and Cognitive Restructuring for Social Phobia A Controlled Study. Behavior Therapy ; Vol.20(1)p.3-23

128- Mcdermott, Stephen, P (2004) Treating Anxiety disorder using Cognitive Therapy Teachiques. Psychiatric Annals. Vol 34 (11) 859 – 872.

129- Mcmanus, Freda, clark, David, M & Hackmann-Ann (2000) Specificity of Cognitive biases in Social Phobia and Their role in Recovery. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol 28 (3) 201-209.

130- Stanley, Melinda, A; Hopko, Derek, R; Diefenbach, Gretchen, J;Bourland, stacey, L; Robdriguez, Hector; Wagener, Paula(2003): Cognitive Behavior Therapy for Late, Life Generalized Anxiety disorder in Primary Care : Preliminary Findings .American, Journal of Geriatric Psychiatry , Vol. 11 (1) 92 -96 .

131- Michel, Dugas,J; Ladouceur, Robert; leger, Eliane; Freeston; Mark H; Langolis, Frederic; provencher, martin, D; Boisvert, Tean Marie.(2003): Group

Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder Treatment Outcome and Long, Term Follow-up. Journal of Consulting and Clinical, Psychology Vol 71 (4) 821-825 .

132- Oest, lars, Goeran; Breithltz. W; Elisabethil, H(2000) Applied Relaxation vs. Cognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety disorder. Behaviour, research and Therapy Vol, 38 (8) 777,790.

133- Otto Michael, W; Pollack, Mark, H; Gould, Robert, A; Worthington John, J; mcardle, Eliza T; Rosenbaum, Jerrold, F; Heimberg, Richard,G (2000) A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia, Journal-of Anxiety Disorders Vol 14. (4) 345-358.

134- Pruzinsky, A; Thomas, M(1986) Therapeutic Relationship Variables in Treatment of Generalized Anxiety, Dissertation Abstracts International, Vol. 47 (11).

135- Rachman, S (1998) Anxiety Psychology, Press Ltd, London.

136- Robert, .Laduceur; Dugas, Micel, J; Feeston, Mark, H; Leger, Elianc, Gagnon, Fabien, Thibodeau, Nicole (2000) Efficacy of A Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol , 68 . (6) 957 - 964.

137- Robins, L. N, Helzr, J. E; Weissman, M. M; Orvas, Chel, H; Greenbarg, E, burke, J.D (1984) Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in

Three Cities Archives of General Psychiatry. Vol (41) 949-958.

138- Rom; Roger (1983) The Encyclopedic dictionnary of psychology Edition, N.y Random House press.

139- Rosser, Stephanie; Erskine, Alicia; Crin, Rocco (2004) Pre Existing Antidepressants and the Outcome of Group Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia. Australian and New-Zeaaland, Journal of Psychiatry. vol 38 (4) 233 – 239.

140- Sapp, Marty (1996) : Three Treatments for Reducing the Worry and Emotionality Components of Test Anxiety With Undergraduate and Graduate College Students: Cognitive Behavioral Hypnosis Relaxation Therapy, and Supportive Counseling, Journal of College Student Development. Vol 37 (1) 79-87.

141- Stangier, U; Heidenreich, T; Peitz, M; Lauterbach, W; Clark, D.M. (2003) Cognitive Therapy for Social Phobia: Individual Versus Group Treatment. Behavior Research and Therapy Vol. 41 (9) 991-1007.

142- Stanley, Melinda, A; Hopko, Derek, R; Diefenbach, Gretchen, J;Bourland, stacey, L; Robdriguez, Hector; Wagener, Paula(2003): Cognitive Behavior Therapy for Late, Life Generalized Anxiety disorder in Primary Care : Preliminary Findings .American, Journal of Geriatric Psychiatry , Vol. 11 (1) 92 -96 .

143- Steven, D; Beck, A(1995) Hand Book of Psychotherapy and Behavior Change, Johnwilay, Sons Inc. New York.

144- Stewart, Agras, M (1990) Treatment of Social Phobias. Journal of Clinical Pschiatry Vol. 51 (10) 52 – 55.

145- Thomas, H. ollendick; Neville, J. Kong; william, yule (1994) Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescentes. Press New York and London.

146- Toylor, Steven; Woody, Sheila; Koch William, J; Mclean, Peter; paterson, Randy J; Anderson, Kent,(1997) Cognitive Restructuring in the Treatment of Social Phobia. Behavior, Modification, Vol. 21,(4) 487-511.

147- Van-Dam, Baggen; Rien, Kraimaat; Floris, A (2000) Group Social Skills Training or Cognitive Group Therapy as the Clinical Treatment of Choice for Generalized Social Phobia. Journal of Anxiety disorders, Vol, 14 (5) 437 - 451.

148- Walker, J.R: Kjernusted, K.D (2000) Fear. the Impact and Treatment of Social Phobia. Journal, of Psychopharmacology, vol. 14 (2)13- 23.

149- Wells, Adrian; Papageourgiou, A; Costas, Jalan, Rekha, K(2001) Brief Cognitive Therapy for Social Phobia A Case Series. Behaviour Research and Therapy. Vol. 39.(6) :713- 720.-

150- William, F. Fischer; (1988) Theories of Anxiety, second Edition, U.S.A, University Press of American; Inc.

151- Wlazlo, Zygmunt; Schroeder, Hartwig, Karin; Hand, I, ver; Kasier, Gazyna;(1990) Exposure in Vivo vs. Social Skills training for Social Phobia: Long-term Outcome and Differential Effects.

Behaviour, Research and Therapy. Vol. 28 .(3) 181-193.

152- Woody, Sheila, R; Adessky, Rhondas; Robert, L (2002) Therapeutic Alliance, Group Cohesion, and Homework Compliance During Cognitive Behavioral Group Treatment of Social Phobia, Behavior Therapy. Vol, 33.(1): 5-27.

153- World Health Organization (I.C.D.10) Classification of Mental and Behavioral disorder(1992) Diagnostic --Criteria for Research.,Geneva.

154- Zarb, Janet, (1992) Cognitive Behavioral Assessment and therapy with adolescents, Bruni ER/ mazel , publishers . new york


المحتويـــات

| رقم الصفحة | الموضوع |
|---|---|

| الموضوع | رقم الصفحة |
| --- | --- |

| الـمـــــوضـــــوع | رقم الصفحة |
| --- | --- |




رقم الإيـداع : 2012/13658


الترقيم الدولى : 978/977/327/997/4

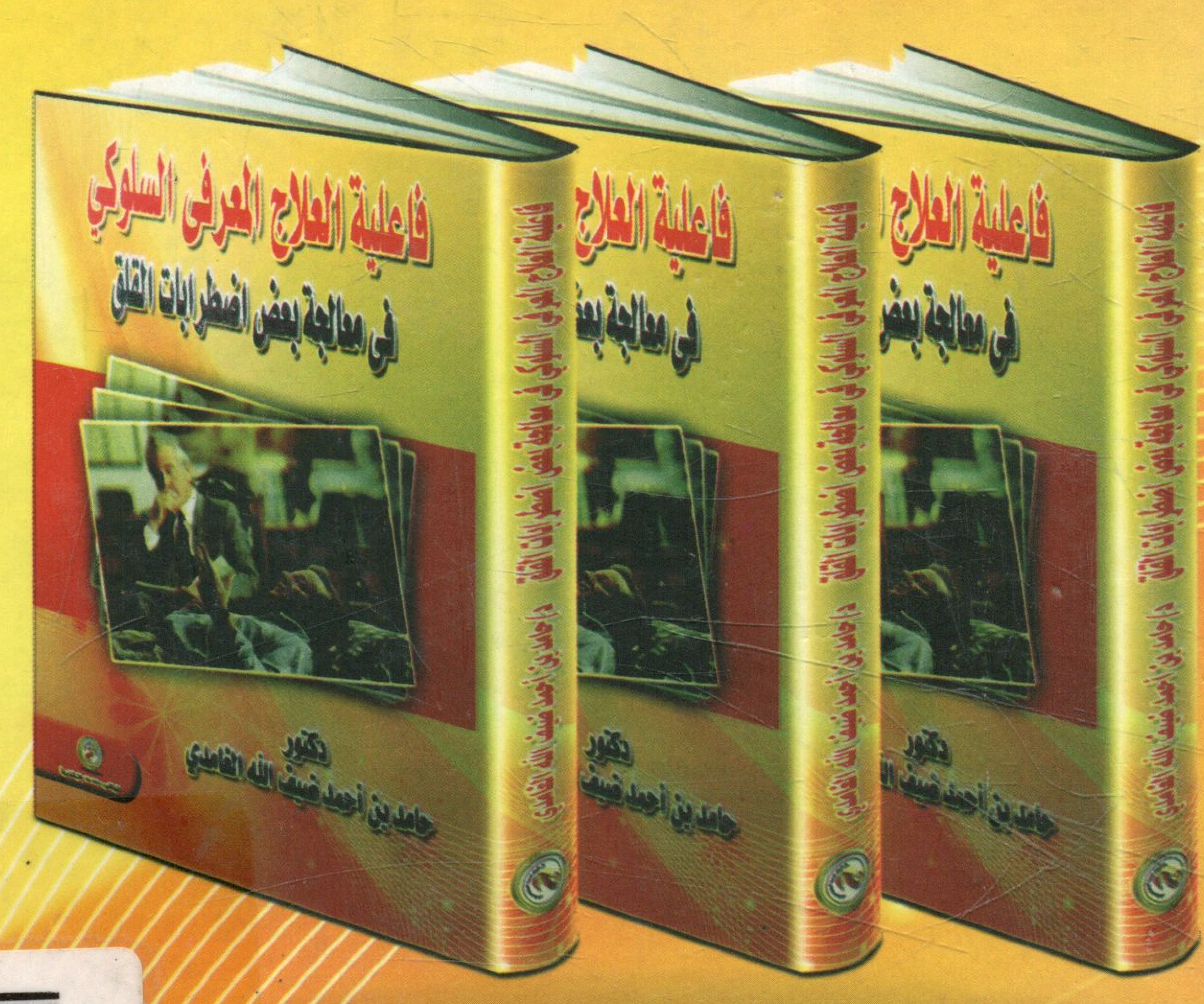
مـع تحـيات

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس: 5404480 - الإسكندرية










الناشر
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر
٥٩ ش محمود صدقى متفرع من العيسوى سيدى بشر - الإسكندرية
تليفاكس : ٥٤٠٤٤٨٠ / ٠٠٢٠٣ - الاسكندرية